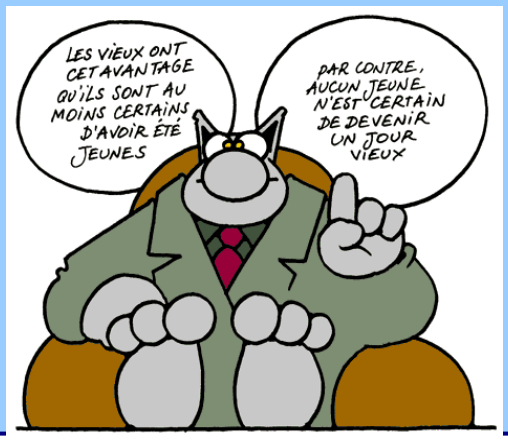
Institut Provincial du Nursing du Centre

13 B, rue Milcamps - 7100 LA LOUVIERE

Cours de 3ème IH

Table des matières


LES VIEUX ONT CET AVANTAGE QU'ILS SONT AU MOINS CERTAINS D'AVOIR ÉTÉ JEUNES
PAR CONTRE, AUCUN JEUNE N'EST CERTAIN DE DEVENIR UN JOUR VIEUX

I. La charte relative à la qualité

II. La législation en maison de repos

III. Ministère de la région Wallonne et AR. du moniteur belge

IV. De l'accueil à l'intégration d'un P.A en maison de retraite

V. Maladie de Parkinson

VI. Symptôme et évolution peuvent varier profondément d'un malade à l'autre

VII. Un pacemaker

VIII. Les services « G », « MR » et « MRS »

IX. La maltraitance des P.A

X. La maladie d'Alzheimer

XI. La méthode de validation selon Naomie Feil

XII. Annexes:

- Modèle d'examen,
- communiquer en MR,
- les chutes,
- le diabète,
- vidéo; spectacle sur la maltraitance des P.A, etc…

Objectifs du cours

* INTEGRER LES DEMARCHES DE SOINS INFIRMIERS FACE AUX DIFFERENTES PATHOLOGIES AUXQUELLES LA P.A EST EXPOSEE.

* SAVOIR AGIR VIS-A-VIS DE LA MALTRAITANCE DE LA P.A EN INSTITUTION, REAGIR PAR LES SYSTEMES DE REFERENCE Y AFFERENTS.

* CITER LES CARACTERISTIQUES GENERALES AU NIVEAU ARCHITECTURAL, ADMINISTRATIF, DU PERSONNEL… IMPOSEES PAR LE LEGISLATEUR.

* POUVOIR PRESENTER ORALEMENT A L'ISSUE DU COURS UN TRAVAIL SE RAPPORTANT A UNE PATHOLOGIE RELATIVE A LA PERSONNE AGEE.

* POUVOIR DISTINGUER UN SERVICE « G » D'UN SERVICE « MRS » ET « MR »

* SAVOIR APPLIQUER LA CONDUITE INFIRMIERE ADAPTEE EN VUE DE PALLIER AUX DEFICIENCES CARDIO-VASCULAIRES, DIGESTIVES, URINAIRES, PSYCHO-GERIATRIQUES LA P.A. (**PAR TRAVAUX DE GROUPES PRESENTES ORALEMENT)**

* INTEGRER LA DEMARCHE DE SOINS SPECIFIQUE A LA PERSONNE AGEE

LA LEGISLATION EN MAISON DE REPOS

A. LA LEGISLATION AU NIVEAU REGIONAL

Pour fonctionner dans la légalité, toute maison de repos doit être agréée par le Ministre de la Région wallonne qui a le troisième âge dans ses attributions.

1. Les établissements concernés.

Le décret du 10 mai 1984 relatif aux maisons de repos pour personnes âgées (M.B. du 15.06.84) est applicable aux établissements d'hébergement public ou privé, où le logement ainsi que des soins familiaux et ménagers sont fournis collectivement à des personnes âgées de 60 ans au moins, qui y résident de façon habituelle.

Si un établissement ne remplit pas les termes de ce décret, le service d'inspection entame une procédure de fermeture ou refuse l'ouverture de la maison.

Une position intermédiaire existe, il s'agit d'une autorisation de fonctionnement provisoire qui permet à la maison de repos de fonctionner pendant un certain délai durant lequel l'établissement doit se mettre en ordre.

2. L'accord de principe.

Le décret de 1984 est complété par le décret du 26 juin 1992. A dater du 01.08.92, tout projet d'ouverture ou d'extension de maison de repos doit avoir obtenu un accord de principe de la part du Ministre compétent sur base d'un dossier préalablement introduit et comportant les données suivantes:

- Une étude démographique comprenant notamment la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans et de plus de 80 ans par rapport à la population totale;

- Les équipements destinés aux personnes âgées existant déjà;
- Le gabarit de la construction envisagée et la capacité d'accueil de celle-ci et le type de population âgée concernée par le projet;
- Le type de projet de vie avec les personnes âgées (animation, horaire,…)

3. L'accès à la profession.

N'importe qui ne peut ouvrir une maison de repos, du moins en Région wallonne.

Depuis le 1er janvier 1991, tout directeur d'une maison de repos, c'est-à-dire la personne physique responsable de la gestion journalière, doit être titulaire du certificat d'enseignement secondaire supérieur ainsi que d'une attestation de connaissance spécifique relative à la gestion de maisons de repos.
Il est tenu, en outre de participer à une formation continuée de deux jours par an.

L'attestation de connaissance spécifique est acquise par le candidat directeur qui a suivi un cycle de cours de cinq cents heures ou, pour les titulaires au moins d'un diplôme de niveau A1, de deux cent cinquante heures. Ces cours traitent de la législation, de la connaissance de la personne âgée, de la gestion administrative et financière et de la connaissance du milieu.
Le directeur d'une maison de repos de 5 lits au plus n'est tenu de suivre que la formation continuée.
Par mesure transitoire, les directeurs, qui étaient déjà en place au 1er janvier 1991, doivent uniquement suivre un recyclage de 60 heures reprenant les mêmes matières.

4. Les normes concernant la liberté des résidents et le respect de leurs convictions.

a) Le règlement d'ordre intérieur:

Chaque établissement est tenu d'établir un règlement d'ordre intérieur, qui doit être remis au résident.

Il s'inspire notamment des principes suivants:

- La plus grande liberté possible est laissée aux pensionnaires;
- Le libre choix du médecin;
- La liberté entière d'opinion philosophique;
- L'entière liberté de sortie aux résidents, sauf en cas d'avis médical.

Il précise le nom de la personne responsables (qui doit être disponible sur rendez-vous et quatre heures par semaine au moins dont au minimum une heure après 18h.).

Il précise les jours et heures de visites (au moins deux heures l'après-midi et une heure après 18h. tous les jours).

Il mentionne la possibilité de création d'un comité de participation (comité composé de représentants de la direction, des résidents et des familles, qui a pour tâche principale d'examiner tous les problèmes qui touchent à la qualité et à l'aspect humain de l'hébergement des résidents).

Ce règlement, et les éventuelles modifications, doit être approuvé par les services d'inspection.

b) La convention entre l'établissement et le résident:

Lors de l'admission du résident, une convention d'hébergement, dont un exemplaire a été remis à l'inspection compétente, est signée entre le représentant de l'établissement et le résident (ou son répondant).

Doivent notamment être repris dans cette convention, les éléments suivants:

- Les conditions générales et particulières d'hébergement;
- Le prix journalier détaillé et les suppléments;
- Le montant de l'éventuelle garantie;
- Les conditions de l'intervention financière de la personne hébergée en cas d'absence;
- Le numéro de chambre (il faut savoir qu'un changement de chambre ne peut se faire sans l'accord de l'intéressé sauf sur avis médical) et le nombre de résidents admissibles dans la chambre;
- Les conditions de résiliation de la convention: le premier mois est une période d'essai où les deux parties peuvent résilier la convention moyennant un préavis de 7 jours; ensuite, ce délai de préavis ne peut être inférieur à 30 jours en cas de résiliation par la direction (15 jours si c'est le résident qui remet son préavis).

c) La fiche individuelle:

Une fiche individuelle est établie lors de l'admission de chaque résident. Elle reprend toute une série de renseignements utiles: l'identité, les coordonnées de la personne responsable du placement, les coordonnées du médecin traitant, les renseignements de mutuelle et de pensions, l'inventaire des meubles, le relevé des différents dépôts, …

5. Les normes concernant la nourriture, l'hygiène et les soins de santé.

a) La nourriture:

Les résidents doivent recevoir au moins un repas chaud par jour.
Deux menus sont prévus au souper qui ne peut pas être servi avant 17h.
Le menu est communiqué aux résidents au moins un jour à l'avance.
Il faut tenir compte des directives médicales (régime).
Une aide doit être fournie aux personnes éprouvant des difficultés pour boire ou manger seules.

b) L'hygiène et les soins de santé:

Il faut notamment retenir que:

- Chaque WC est muni de barres d'appui;
- La literie doit être changée au moins une fois tous les 15 jours;
- Une eau potable est disponible à volonté dans le bâtiment;
- Les bains ou douches doivent pouvoir être utilisés au moins hebdomadairement;
- Avant l'entrée, chaque résident doit remettre un certificat de non-contagion;
- Un dossier médical doit être tenu.

6. Les normes concernant la sécurité.

C'est l'Arrêté de l'Exécutif du 24 avril 1989 (M.B. du 06.06.1989) qui régit les normes de sécurité.

En fait, c'est le bourgmestre de la localité qui attribue ou n'attribue pas une attestation de conformité à ces normes de sécurité sur base d'un rapport de visite du service des pompiers compétent.

7. Les normes concernant le nombre, la compétence et la moralité des personnes occupées dans l'établissement.

Ces normes sont reprises dans l'Arrêté de l'Exécutif du 06.12.89.

En résumé il est à retenir les points suivants:

- l'établissement doit disposer, de jour, au minimum d'un membre du personnel à temps plein pour 5 résidents et moins.
- Un membre de ce personnel devra être porteur du certificat d'auxiliaire familiale et sanitaire ou assimilé (c'est-à-dire les qualifications reconnues par l'Arrêté Ministériel du 30 mars 1993 qui est expliqué plus loin) pour 10 résidents.
- En outre, l'établissement doit avoir, de nuit, un membre du personnel à temps plein
- Porteur du brevet de secouriste au minimum.
- Il est à préciser que parallèlement à ces normes, l'établissement qui souhaite bénéficier d'un remboursement des soins de santé et se faire agréer par l'INAMI doit respecter des normes de personnel complémentaires (voir plus loin).
- Les normes de personnel peuvent être réduites dans certains cas avec l'accord de l'inspection compétente (par exemple, lors de conventions avec des firmes ou fournisseurs extérieurs).
- Un registre, de jour comme de nuit, doit reprendre la suite réservée aux appels des résidents. Les principaux numéros d'interventions d'urgence doivent être mentionnés en première page du registre.
- Tout travailleur doit être de bonnes vie et mœurs.

8. Les normes concernant le bâtiment comprennent entre autre les points suivants:

Les normes concernant le bâtiment comprennent entre autre les points suivants:

- La température doit pouvoir atteindre 22 degrés dans les chambres et les locaux de séjour et 18 degrés dans les autres locaux accessibles aux personnes âgées;
- Les installations sanitaires comprennent au moins un WC par huit résidents et un WC par étage; la porte des WC ne peut s'ouvrir vers l'intérieur;
- Il faut prévoir au minimum une baignoire ou une douche par douze personnes;
- Un ascenseur ou tout autre moyen d'élévation mécanique est obligatoire si l'établissement compte au moins deux niveaux au-dessus du niveau normal d'évacuation;
- Dans une chambre individuelle, le mobilier se compose au minimum d'un lit, d'une penderie-lingerie, d'un lavabo avec eau chaude et froide, une table, un fauteuil, une chaise et une table de nuit avec tiroir;
- Dans une chambre comportant plusieurs lits, l'espace entre les lits, e longueur comme en largeur, est de 0,90 m. au minimum; en outre, tout lit est écarté de 0,80 m. minimum d'une fenêtre;
- Pour les chambres communes, le mobilier comprend au minimum pour chaque résident: un lit, une penderie-lingerie, un fauteuil et une table de chevet avec tiroir; de plus, un lavabo doit être prévu par tranche de quatre résidents et chaque lit doit un système d'éclairage accessible au lit;
- Chaque local accessible aux résidents (chambre, WC, salle de bains) est muni d'un Système d'appel;
- La superficie réelle minimale des chambres individuelles est de 12m^2 (9m^2 par Personne dans les chambres communes, locaux sanitaires éventuels non compris);
- Les chambres communes ne comportent pas plus de six lits.

9. Les normes concernant le comptabilité.

Il est tenu mensuellement pour chaque résident un compte individuel détaillant les recettes et les dépenses du résident. Une facture mensuelle est remise à la personne responsable du placement.

10. La subsidiation.

Les maisons de repos ne reçoivent pas de subside de fonctionnement (elles reçoivent néanmoins une intervention dans les soins de santé payés par l'INAMI via les organismes assureurs).

Les maisons de repos du secteur public et les associations sans but lucratif uniquement reçoivent, sous certaines conditions, des subsides à la construction.

(Voir l'Arrêté ministériel du 3 mai 1972 fixant les critères selon lesquels les subsides sont octroyés pour la construction, le reconditionnement et l'équipement des maisons de repos, M.B. du 30.05.1972).

9. Le pouvoir du Bourgmestre.

Un arrêté donnant certains pouvoirs aux bourgmestres vient de paraître. Ceux-ci sont compétents pour recevoir toute plainte, concernant une maison de repos située sur leur territoire communal, pour en vérifier le bien-fondé et pour transmettre éventuellement la plainte aux services d'inspection.

Conclusion:

Il y a donc bien une législation concernant les maisons de repos en Région wallonne. Le présent cours ne constitue, en fait, qu'un résumé.
L'ensemble de la législation peut s'obtenir en écrivant ou en téléphonant au Ministère de la Culture et des Affaires sociales, Boulevard Léopold II, 44 à 1080 Bruxelles (02 413 23 11).

B. LEGISLATION AU NIVEAU FEDERAL.

Dans cette partie, trois réglementations essentielles seront étudiées:

- La réglementation des prix, dont la tutelle est assurée par le Ministre des Affaires économiques,
- La réglementation en matière de remboursement des soins infirmiers, dont le Ministre de tutelle est le Ministre fédéral des Affaires sociales et de la santé,
- La réglementation en matière de législation du travail, dont l'autorité de tutelle est le Ministre de l'Emploi et du Travail.

1. Le blocage des prix d'hébergement.

L'arrêté Ministériel du 20.04.1993, pris par le Ministre des Affaires économiques et paru au Moniteur Belge du 28.04.1993, détermine les modalités en matière d'augmentation des prix.

Concrètement, ce texte de loi signifie que les directions de maisons de repos ne peuvent pas augmenter leurs prix sans effectuer une demande de hausse des prix justifiée à introduire au Service des prix du Ministère des Affaires économiques.

Pour les nouvelles maisons, la direction doit uniquement effectuer une déclaration des prix qu'elle compte appliquer dès l'ouverture.

2. Le remboursement des soins infirmiers en maison de repos.

a) Historique.

Dans notre pays, les soins infirmiers sont remboursés par l'INAMI via les mutuelles.

Jusqu'au 30 juin 1990, les soins infirmiers prestés en maison de repos étaient remboursées à l'acte: une infirmière prestait un acte et un rembourse ment était effectué par la mutuelle du soigné en fonction de la nature de l'acte.

Depuis le 1er juillet 1990, le système du forfait est entré en vigueur dans les maisons de repos: pour chaque résident affilié à une mutuelle, la maison de repos reçoit un forfait censé couvrir le coût des soins infirmiers et les actes d'assistance dans la vie journalière. Les maisons qui veulent bénéficier de ce système doivent se conventionner avec l'INAMI.

b) La forfaitarisation des soins.

(Références légales: notamment l'Arrêté Royal et l'Arrêté Ministériel du 20.06.1990, parus au M.B. du 23.06.1990, l'Arrêté Royal et l'Arrêté Ministériel du 10.04.1991, parus au M.B. du 24.04.1991, l'Arrêté Royal et l'Arrêté Ministériel du 19.05.1992, parus au M.B. du 26.05.1992, l'Arrêté Royal et l'Arrêté Ministériel du 22.07.1993, paru au M.B. du 01.09.1993).

En fonction de son état de santé, le résident est répertorié dans une catégorie de forfait par l'intermédiaire d'une grille d'évaluation. Pour chaque catégorie, des normes de personnel soignant (infirmières et aides-soignantes) sont imposées.

Les principales catégories de forfaits sont la "O", la "A", la "B", la "B", la "C" et la "C+" ("C dém" en MRS). Les résidents classés en "O" sont les plu valides. Par contre, les résidents classés en "B" ou en "C" sont des cas dits "lourds". Le forfait "C+" concerne les personnes fortement dépendantes psychiquement.

Le montant du forfait "B" a été relevé au niveau du forfait "B". en outre, les montants des forfaits "Cd" et "C+" a été en application au 01.04.1994 (Arrêté Ministériel du 06.07.1994).

Les maisons en ordre de personnel ayant au moins 15 cas lourds et assumant la continuité des soins (c'est-à-dire, selon l'INAMI, que la maison doit avoir au moins 4 aides-soignantes et l'infirmière) peuvent facturer des forfaits "O", "A", "B", la "B"et "C".

Les maisons en ordre de personnel ayant au moins 15 cas lourds et assumant la continuité des soins, ne peuvent facturer que des forfaits "O", "A", "B". (B' est devenu B). Les maisons en ordre de personnel mais n'assumant pas la continuité des soins ne peuvent facturer que des forfaits "O" et "A".

Dans les maisons de repos qui ne sont pas en ordre de personnel, les montants des forfaits sont diminués. Par exemple, une maison ne possédant pas 90% du personnel requis ne peut facturer que des forfaits "O" et "A".
Pour obtenir les forfaits "C+" et "Cd", il faut que la maison de repos (ou de soins) possède 40% des cas "B" ou "C" dans sa population, moyennant une augmentation des normes de personnel.

c) Les normes de personnel.

Parallèlement aux normes de personnel imposées par le pouvoir communautaire, des normes sont imposées par l'INAMI pour le personnel infirmier et aide-soignant.

Ainsi, pour 30 résidents classés en catégorie "O", il faut 0,25 infirmier; pour 30 résidents en catégorie "B", il faut 2,1 infirmiers et 3,5 membres du personnel soignant…

C'est l'Arrêté du 30 mars 1993 qui détermine ce qu'il faut entendre par personnel soignant.

d) L'Arrêté Ministériel du 30 mars 1993.

Cet arrêté, paru au Moniteur Belge du 31 mars 1993, précise donc ce qu'il faut entendre par personnel soignant.

Les personnes porteuses d'une des qualifications suivantes peuvent faire partie du personnel soignant:

- Auxiliaire sanitaire et familiale,
- Aide familiale,
- Auxiliaire polyvalente en collectivité,
- Educateur,
- Puéricultrice,
- Assistante en gériatrie,
- Auxiliaire gériatrique,
- Aspirante en nursing,
- Assistant social, kiné, ergo, logopède et infirmier.

Sont également assimilées les personnes, âgées de plus de 45 ans (au 26.05.1992) qui étaient en fonction en date du 26 mai 1992 et qui le sont encore au 31 mars 1993, pouvant prouver 5 ans d'ancienneté.
Sont également assimilées les personnes en fonction au 26 mai 1992 et qui le sont toujours au 31 mars 1993 pour autant qu'elles attestent qu'elles acceptent de suivre avec fruit un recyclage avant le 31 octobre 1996.

MINISTERE DE LA REGION WALLONNE 1997

Décret relatif aux saisons de repos, résidences-services et aux centres d'accueil de jour pour personnes âgées et portant création du Conseil wallon du troisième âge.

Dispositions générales

Ce décret est applicable sur le territoire de la région de langue française. Au sens du présent décret, on entend par:

1°) maison de repos:

L'établissement destiné à l'hébergement de personnes âgées de soixante ans au moins qui y ont leur résidence habituelle et y bénéficient de services collectifs familiaux, ménagers, d'aide à la vie journalière, et s'il y a lieu, de soins infirmiers ou paramédicaux;

2°) résidence-services:

Un ou plusieurs bâtiments quelle qu'en soit la dénomination, constituant un ensemble fonctionnel et comprenant des logements particuliers destinés aux personnes âgées de soixante ans ou moins, leur permettant de mener une vie indépendante et disposant obligatoirement de services auxquels elles peuvent faire librement appel; les locaux, équipements et services collectifs de la résidence-services peuvent également être accessibles à d'autres personnes âgées de soixante an au moins;

3°) centre d'accueil de jour:

Centre situé au sein d'une maison de repos ou d'une maison de repos et de soins ou en liaison avec elle, où sont accueillies, pendant la journée, des personnes âgées de soixante ans ou moins en perte d'autonomie, qui y bénéficient de soins familiaux et ménagers et, au besoin, d'une prise en charge thérapeutique et sociale;

4°) résident:

La personne âgée visée aux 1°, 2° et 3° ainsi que toute personne de moins de soixante ans qui séjourne ou est accueillie à titre exceptionnel dans la maison de repos, la résidence-services ou le centre d'accueil de jour;

5°) gestionnaire:

La personne physique ou normale exploitant une maison de repos, une résidence-services, ou un centre d'accueil de jour pour personnes âgées;

6°) directeur:

La ou les personnes physiques désignées par le gestionnaire pour assurer la gestion journalière de la maison de repos ou de la résidence-services;

7°) représentant:

- Le représentant légal ou judiciaire du résident;
- Le mandataire désigné par le s-résident à l'exception de toute personne qui exerce une activité dans la maison de repos ou qui prend part à sa gestion, ou qui est soumise à l'autorité du gestionnaire. Cette restriction ne s'applique pas au parent ou allié jusqu'au quatrième degré inclus;
- Au besoin ou à défaut, un représentant du centre public d'aide sociale compétent à l'exception de toute personne qui exerce une activité dans la maison de repos ou qui prend part à sa gestion;

8°) projet de vie:

L'ensemble des actions et des mesures destinées à assurer l'intégration sociale des résidents, tant à l'intérieur *qu'à l'extérieur de la maison de repos.*

DE L'ACCUEIL A L INTEGRATION D'UNE PERSONNE AGEE EN MAISON DE RETRAITE

I. L'ACCUEIL

L'accueil nous est apparu comme la phase déterminante de toute l'évolution de la personne âgée admise en maison de repos.

En effet, il sera vécu différemment selon:

- Le contexte de la formulation de la demande,
- Le passé de la personne âgée,
- Les conditions de vie de la personne âgée au moment de la demande.

1) La personne âgée vit à son domicile.

a) La demande est formulée par l'intéressé.

La personne âgée est bien souvent plus motivée, car on peut supposer qu'elle a choisi entre différentes possibilités (logement social, appartement plus adapté autre maison de retraite, …).

De plus, ce choix est étayé par:

- Une préparation psychologique,
- Une préparation matérielle (par exemple, vente de biens meubles et/ou d'immeubles).

La personne âgée a pu aussi réunir le consensus familial autour de ce projet: elle peut donc y trouver un certain soutien moral.

La personne âgée qui aura pris contact elle-même avec la maison de retraite, qui l'aura visitée, se sentira "mieux armée" si elle sait où elle va, à quoi s'attendre puisqu'elle aura eu l'occasion d'obtenir une information complète.

Il semble également intéressant qu'une personne attachée à l'établissement (gestionnaire, assistante sociale) se rende au domicile du futur résident potentiel car cet interlocuteur, dont la présence s'avère indispensable lors de l'admission, sera reconnu, aura une meilleure approche de lui, de son milieu de vie.

Cette ébauche de relation a pour but de faciliter les débuts de la vie en communauté de la personne âgée.

Cette forme d'admission volontaire facilite l'adaptation future en combinant des éléments tels que:

- Choix
- Information
- Relation
- Confiance.

b) La demande émane d'un tiers.

Considérons d'abord le cas où elle émane d'un proche. Dans ce cas, la personne âgée sera certainement moins impliquée, elle subira souvent la pression de l'entourage mais elle participera quand même à tout le processus d'admission, elle recevra les informations et aura une relative possibilité de choix et de décision.

2) La personne âgée vit dans une institution (clinique, autre maison de repos).

a) Situation où la personne âgée séjourne dans un établissement hospitalier.

La demande émane alors du service social de l'établissement.

Dans ce cas, la personne âgée n'a pratiquement pas été concernée, conscientisée, le placement lui est présenté comme étant la seule solution; les sentiments qu'elle éprouvera se traduiront plus en termes d'incompréhension, de rejet de la famille, de prise de conscience d'une déficience importante.

Ce type d'admission est rarement bien accepté, il est vécu comme une fatalité; il nécessitera une prise en charge psychologique très soutenue.

Nombreux seront alors les pensionnaires qui raconteront leur histoire en se bornant à celle de leur handicap et ce sera aussi pour eux une bonne manière de masquer toutes les autres raisons qui auront pu les conduire là.

b) Situation où la personne âgée réside dans une autre maison de repos.

La démarche est alors différente, car le pensionnaire peut, la plupart du temps, marquer une option:

- Il désire se rapprocher de sa famille, d'un centre d'intérêt, de son quartier;

- Il décide que l'établissement ne lui convient pas ou plus;
- Il est influencé par son entourage (pour ce point, la notification peut ne pas être uniquement basée sur le bien-être de la personne âgée mais refléter des intérêts financiers pour la famille (participation financière inférieure) ou présenter des aspects plus pratiques (proximité du nouvel établissement);
- La maison de repos dans laquelle il réside, ferme ses portes; il doit trouver une autre solution; il a le choix entre différentes maisons.

Nous pensons que lors de telles mutations, la collaboration entre les deux maisons s'avère indispensable tant pour la préparation au changement que pour son adaptation future car elle présentera un aspect sécurisant pour la personne âgée.

II. L'ADMISSION

Dans la phase d'accueil, quelques questions relatives à la vie de la maison de retraite ont pu être abordées avec le futur pensionnaire ou la personne qui a introduit la demande d'entrée.

Il nous semble aussi important que les données administratives aient pu être consignées dans le dossier avant l'arrivée dans l'institution.
La personne est donc déjà connue du responsable (antécédents personnels, administratifs, sociaux médicaux).

Avant l'admission, il serait aussi intéressant que la personne âgée et/ou son entourage ai(en)t pu visiter la maison et ai(en)t en l'occasion d'aménager la chambre, de la décorer.

Les repères personnels, les objets connus faciliteront sans doute l'installation du pensionnaire en le sécurisant, en lui signifiant l'impression que l'on se soucie de lui.

Ces aménagements nous semblent revêtir une importance encore plus grande si la personne quitte un établissement de soins et n'a pu elle-même régler ses affaires avant l'admission.

Prise en charge de l'admission:

nous estimons nécessaire que la personne âgée soit accompagnée de son entourage (famille et/ou amis) le jour de son admission et nous pensons devoir les encourager à vivre ensemble les premières heures, voire à participer au premier repas.

La présence du membre du personnel que la personne âgée a déjà rencontré est recommandée. Il guidera le nouveau pensionnaire dans les divers locaux et lui présentera les agents qui s'occuperont de lui en précisant leurs divers rôles.

La disponibilité est un caractère non négligeable pour faciliter l'entrée dans ce monde d'étrangers.

Le soutien psychologique que la famille, souvent culpabilisée, rencontrera, ne peut que renforcer l'effet de sécurisation du pensionnaire et établir des bases pour une collaboration positive entre la famille, l'institution et son personnel.

L'entretien qui peut être effectué dans la chambre du pensionnaire, permettra de mieux en cerner la personnalité, les goûts, les habitudes, mais pourra aussi mieux définir les pratiques quotidiennes de la maison de retraite.

La famille informée du "mode d'emploi", pourra en reparler au pensionnaire qui, ému, n'aurait pas assimilé l'un ou l'autre aspect de sa vie future.

La mise en confiance, le soutien, la clarification de ce monde mystérieux, la volonté de collaborer avec la famille, doivent à notre sens, aider la personne âgée à mieux commencer sa nouvelle existence.

Si un pensionnaire était admis en maison de retraite sans aucun accompagnant, il pourrait être envisagé qu'un autre pensionnaire assume cette prise en charge et remplace en quelque sorte la famille absente.

Cet interlocuteur privilégié constituerait une base aux futures relations du pensionnaire et pourrait l'aider à traverser les différentes étapes pour arriver à son intégration dans la maison de retraite sans s'y sentir trop isolé.

III. ADAPTATION

E. Goffman décrit, dans son livre "Asiles", les modifications de personnalité qui affecteront l'individu entrant dans une institution fermée.

En ce qui nous concerne, la personne âgée admise en maison de retraite, arrivera avec une culture, un genre de vie qui ont constitué son système de références jugé jusqu'alors valable pour elle.

Son admission va dès lors la soumettre à un processus de déculturation, au sens de désadaptation, face à certaines conditions de sa vie quotidienne.

Envisageons donc les différentes manifestations qui vont provoquer la dépersonnalisation de l'individu.

1) L'isolement.

Dès son entrée, la personne âgée se voit dépossédée de la plupart de ses rôles (processus qui avait déjà débuté lors de la cessation de ses activités professionnelles mais qui était mieux accepté puisque les conditions de vis restaient identiques).

En effet, la barrière qui s'installe entre elle, le monde extérieur et ses activités antérieures, fait perdre à l'individu la majeure partie de ses anciens rôles; la gestion de sa vie se voit confiée à l'institution et, à la limite, l'individu n'accomplira plus rien par lui-même.

L'homme se retrouve donc dépouillé; il peut être assimilé à un objet de série;
L'institution nivelle-t-elle l'individu ou l'individu se contraint-il à adopter les normes de l'institution ?

La maison de repos peut "adoucir" cette rupture en donnant à la personne, la possibilité de décorer, d'aménager sa chambre pour qu'elle puisse garder d'elle-même une image correspondant à son passé, ce qui lui permettra d'assurer le contrôle de sa représentation future.

2) L'insécurité.

Au moment de son admission, la personne va se trouver confrontée à des règles qui vont l'obliger à accomplir certains gestes conventionnels en fonction d'un règlement d'ordre intérieur ou de normes propres à l'institution.
Elle va subir un rythme de vie totalement étranger et n'aura plus le rôle qui la différenciait des autres. Elle va s'assimiler au "Bon" pensionnaire selon les critères de l'institution.

Elle peut donc s'adapter totalement; en ce cas, elle sera soumise à la réglementation, modelée par l'institution, mais vivra sans doute une période instable où elle recherchera à avoir le comportement sanctionné positivement par l'institution.

L'institution brise un plan d'activité personnelle (ex. : pour communiquer avec l'extérieur au moyen du téléphone, la personne âgée devra solliciter une autorisation ou le signaler).

Le résident se voit donc réduit à un rôle de soumission car sa demande devra attendre la bonne volonté du personnel pour être satisfaite.

Remarquons à ce sujet que le personnel dispose d'un pourvoir énorme car, à sa guise, il peut accorder, différer ou refuser un plaisir au pensionnaire; un des rôles du gestionnaire est donc de se montrer vigilant pour limiter ce genre d'abus; le personnel pourrait être tenté d'utiliser ce système d'autorité et disposer ainsi de n'importe quel mode de sanction à l'égard de n'importe quel pensionnaire.

3) La promiscuité.

A la maison de retraite, la personne se trouve mêlée à différentes couches de la population; elle n'a pas de choix réel pour établir des relations (on lui impose sa chambre ainsi que la présence des autres dans des locaux communs).

Le corps, témoin du vieillissement ou des souffrances physique, est, à la maison de retraite plus qu'ailleurs, mis à nu (ex. : toute personne, même valide, sera confrontée à des situations humiliantes car le personnel vérifiera l'accomplissement de tous les soins d'hygiène).
Ce pouvoir, justifié par des règles de propreté et d'hygiène, ne motive pas à lui seul les pratiques de contrôle; il s'agit sans doute plus d'un processus d'assujettissement, d'infantilisation;

Il paraît évident qu'une personne âgée, immobile, sera plus facilement traitée. Etant donné le nombre de pensionnaires, le manque de personnel, la taille des institutions, il est plus aisé de laisser la personne âgée au lit et au fauteuil que de l'activer. Quant au pensionnaire valide, on lui demandera une coopération maximale avec le personnel.

Beaucoup de pensionnaires compensent leur dénuement par une passion collectionnisme accumulant dans leur espace réduit mais privé des aliments ou des objets plus symboliques que nécessaires. Le personnel, dans un souci de propreté, viendra par un nettoyage régulier et parfois sans aucune délicatesse, détruire tout un monde construit.

4) Identification.

La distinction entre les personnes âgées est fréquemment ressentie comme négative. L'annulation de la séduction personnelle (vêtements, coiffure) est d'autant plus forte que la population sera composée de couches populaires.

La maison de repos soigne, prend en charge le corps abîmé, usé, mais là pourrait se borner sa fonction.

Dans un espace où le corps est reconnu vieux et malade, la personne ne peut le représenter que comme tel, pour susciter une certaine attention.

5) Déni de la sexualité.

La perdurance de la sexualité dans un âge avancé ne saurait être qu'anormalité, dérèglement, perversion.

Dans l'institution, pas de répression explicite, mais la question reste ignorée, on n'en tient pas compte. Aucun aménagement de la vie ne s'opère en fonction de cette dimension.

La sexualité féminine ne saurait exister; le personnel la nie. Par contre, pour l'homme, ce phénomène peut s'entourer de connotations ironiques ou admiratives.
Les autres pensionnaires, témoins d'une relation hétérosexuelle privilégiée et nouvelle, se montreront caustiques et exprimeront assez violemment leur désapprobation.

IV. INTEGRATION

Après tous les processus de dépersonnalisation, il y a initiation de la personne âgée au système de l'institution, à l'ensemble des droits et devoirs que découlent de l'application du règlement d'ordre intérieur.

Comme l'institution force en quelque sorte le pensionnaire à se dépouiller de son moi antérieur, c'est tout le système qui va l'aider à trouver une nouvelle structure.

Les formalités d'admission apparaissent dès lors comme un moyen utilisé par l'institution pour le préparer à entamer une nouvelle vie face à ce règlement d'ordre intérieur.

Pour le nouvel arrivant, il y aura apprentissage de la vie et des habitudes de l'établissement. Il entrera avec des idées préconçues sur les autres mais, après un certain laps de temps passé dans l'établissement, il se sentira plus l'égal des autres.

Après un refus de collaboration, tant par rapport aux évènements que par rapport au personnel, il va s'installer dans la vie de la maison de repos, il va se contenter des bribes d'existence normales que va lui offrir, en remplacement, l'institution. Il va se construire une existence plus stable en cumulant toutes les satisfactions que peut lui procurer l'institution.

Le pensionnaire peut réagir contre la dépersonnalisation et la dévalorisation en s'excluant de la masse des autres pensionnaires sans pour cela la nier par:

- Un refus de l'identification
- La recherche de la complicité du personnel pour soutenir sa rivalité envers les autres
- Le développement de conduites de type persécutrice
- La crainte de vols, accusations
- Les jalousies.

Le sujet ne conteste pas l'institution par peur ou par impossibilité de s'identifier aux autres.

Par réaction, certains pensionnaires se forgent une histoire de leurs malheurs qu'ils répéteront inlassablement pour justifier la médiocrité de leur situation actuelle et s'assurent une réputation auprès des autres.

La façon dont la personne utilise son temps permet de mesurer son degré d'adaptation (participation aux loisirs collectifs…).

Malheureusement, l'insuffisance d'activités continues, empêche l'homme de s'évader quand il en a envie ou quand il en ressent le besoin; il risque donc de trouver des palliatifs, tels que l'alcoolisme, l'évasion par la confusion, ……
Ce problème est encore accru si les bâtiments sont isolés et offrent de ce fait, encore moins de possibilités de sorties aisées.

Il faut bien dire qu'accepter l'idée de vivre la dernière partie de sa vie dans une collectivité est difficile, d'autant plus que cette prise de décision est vécue comme un échec personnel (âge trop avancé, handicap, santé déficiente) et un échec familial (rupture avec des enfants qui traditionnellement auraient dû s'occuper de la personne âgée).

La personne qui aura subi ce genre de difficultés avant d'entrer en maison de *repos se sentira démoralisée et pourra aller jusqu'à démissionner de la prise.*

La maladie de Parkinson

ORIGINE

Déficit en dopamine dû à la dégénérescence de certains noyaux cérébraux. Cause encore inconnue.

AGE D'APPARITION

Entre 50 et 70 ans, mais parfois avant 40 ans.

NOMBRE DE PERSONNES ATTEINTES

20.000 à 25.000 en Belgique.

SYMPTOMES PRINCIPAUX

- **Tremblement:** souvent le premier signe d'un seul côté des membres supérieurs, Cependant absent chez certains patients.
- **Rigidité:** raideur des muscles. Augmentation soutenue de la contraction musculaire. *Conséquence possible*: douleurs dans les membres.
- **Kinésie:** difficulté d'initier les mouvements.
- **Bradykinésie:**
  - lenteur des mouvements
  - Appauvrissement croissant des activités spontanées des malades.
  - Perte des gestes automatiques.
  - Attitude voûtée, faciès amimique, marche traînante, à petits pas.

SYMPTOMES OCCASIONNELS

- Parole lente, parfois inaudible, voix monotone.
- Ecriture progressivement illisible.
- Troubles de déglutition et de la salive.
- Fatigue – Dépression – Constipation – Problèmes urinaires
- Douleurs musculaires – Vertiges – Hypersudation.

SYMPTOMES ET EVOLUTION PEUVENT VARIER PROFONDEMENT D'UN MALADE A L'AUTRE

TRAITEMENTS

- Médicamenteux:

- Principe: L-dopa, agonistes dopaminergiques, neuro-protecteur.
- Effets: réduction et limitation des symptômes. Pas de guérison de la maladie.
- Effets indésirables possibles à long terme: On-Off et dyskinésies.
- On: médication active = performances normales.
- Off: pas de réponse à la médication = blocages.
- Dyskinésies: mouvements anormaux involontaires parfois spectaculaires.
- Hallucinations occasionnelles.

- Chirurgical: réservé à un petit nombre de cas.

- Complémentaire: - Kiné – Logopédie – Ergothérapie

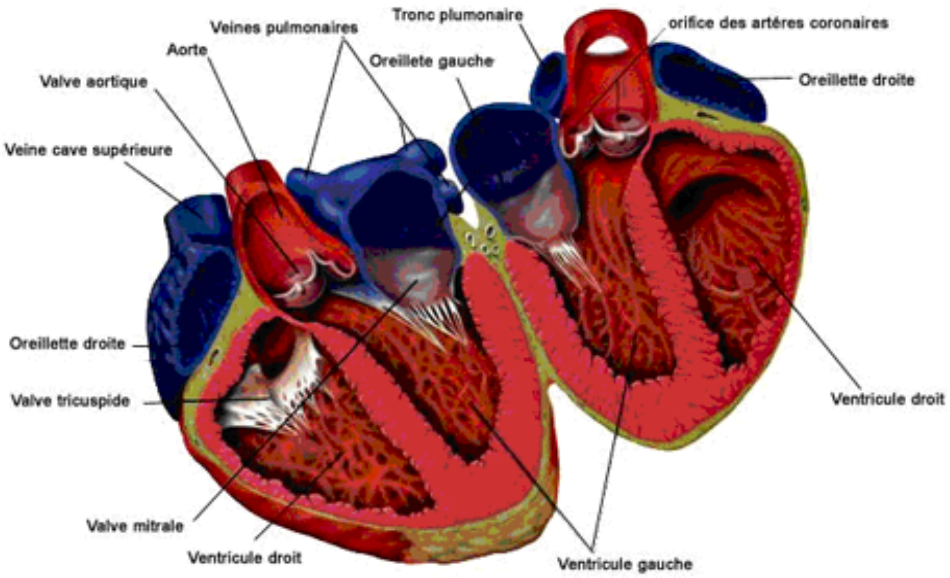
LE TRAITEMENT EST SPECIFIQUE A CHAQUE INDIVIDU.

Quelques suggestions pour aider le patient

- Blocages et difficultés de démarrage → Placer un obstacle devant le pied du patient
- Marche ralentie → L'entraîner par le rythme
- Tremblements → Asseoir le patient devant une table
- Passage de la position assise à la position debout → Fauteuil avec accoudoirs
- Changement de position dans le lit → Aide souvent indispensable
- Franchissement des espaces étroits → Se placer en face du patient
- Habillage → Vêtements adaptés
- Pour éviter les chutes → Prévoir un appui fixe
- Contacts avec l'entourage → Les favoriser coûte que coûte
- Stress et émotions aggravent tous ces phénomènes
- Etre patient
- Encourager à effectuer seuls les activités dont ils sont encore capables.

LE PACEMAKER

1. BREF RAPPEL ANATOMO-PATHOLOGIQUE

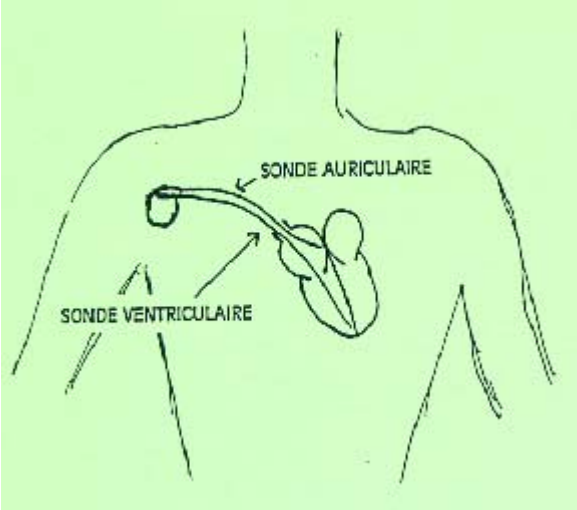


Le cœur est le muscle dont la vascularisation est assurée par les artères coronaires et dont l'activité musculaire est rythmée par la conduction d'influx électriques. Une atteinte de cette conduction électrique peut avoir les effets suivants sur votre cœur:

- Battements trop lents - en permanence
- Battements trop lents - occasionnellement
- Battements trop lents ou trop rapides - en alternance

L'apparition de ces symptômes peut gêner les activités de la vie courante. Ces conditions peuvent amener votre cardiologue à proposer la mise en place d'un stimulateur cardiaque ou pacemaker (populairement appelé « pile »), dont le type sera déterminé en fonction de votre affection cardiaque. Ce pacemaker est implanté pour prendre le relais de votre circuit électrique déficient.

2. COMMENT SE PRESENTE LE PACEMAKER ?



Le stimulateur cardiaque se présente sous la forme d'un petit boîtier plat et très solide, composé d'un circuit électronique qui est alimenté par une batterie.
Une sonde raccordée au pacemaker conduit l'impulsion électrique jusqu'au coeur.
Certains pacemakers sont équipés de deux sondes, l'une pour stimuler l'oreillette l'autre pour stimuler le ventricule.
Les pacemakers actuels ne pèsent guère plus de 40 grammes. Ils sont facilement dissimulables et peu gênants.

3. L'IMPLANTATION DU PACEMAKER

3.1. COMMENT PLACE-T-ON LE PACEMAKER ?

Le pacemaker est placé sous la peau (le plus souvent sous le sein droit, plus rarement sous le sein gauche ou au niveau de l'abdomen).
C'est une intervention chirurgicale simple qui se pratique par deux petites incisions de la-peau.
L'intervention se fait sous anesthésie locale ou générale.

3.2. COMMENT CELA SE PASSE-T-IL EN PRATIQUE ?

La veille de l'intervention le personnel soignant réalise différents examens :
- une radiographie du thorax,
- un électrocardiogramme,
- une prise de sang.

L'infirmière vous rasera au niveau de la poitrine. A partir de minuit, vous devez être à jeunc'est-à-dire ni boire, ni manger, ni fumer.

3.3. LE JOUR DE L'INTERVENTION

Vous serez donc à jeun depuis minuit.
Vous recevrez une pré narcose (calmant) et vous recevrez une injection d'antibiotiques, soit dans la fesse, soit dans une veine.

ATTENTION :
N'oubliez pas de signaler au médecin d'éventuelles allergies aux antibiotiques.
Comme pour toute intervention chirurgicale, vous retirerez vos prothèses dentaires et bijoux. Revêtu(e) seulement d'une chemise d'opéré, vous serez conduit(e) en salle d'opération, où on vous endormira.
Une fois l'intervention (l'opération) chirurgicale terminée, vous serez ramené(e) dans votre chambre.
Souvent un petit drain est laissé en place pendant 24 heures pour éviter la formation d'un hématome (« bleu »).
On vous demandera de ne pas bouger votre bras droit (éventuellement, on vous l'immobilisera au moyen d'une attache).
Pour surveiller votre rythme cardiaque, trois pastilles autocollantes seront disposées sur votre poitrine. Un électrocardiogramme sera réalisé régulièrement. Jusqu'au lendemain, vous garderez le lit strict (ne pas vous lever).

3.4. LE LENDEMAIN DE L'INTERVENTION

L'infirmière fera votre toilette.
Vous serez levé(e) et installé(e) au fauteuil, dans la plupart des cas.
Votre drain sera retiré après 24 heures (ou 48 heures au maximum).

3.5. DU 2EME AU 3EME JOUR (DANS LE 48 A 72 HEURES) QUI SUIVENT L'INTERVENTION

Une radiographie du thorax et des électrocardiogrammes quotidiens seront réalisés.
Le cardiologue effectuera un premier réglage du pacemaker.
Un enregistrement HOLTER sera éventuellement demandé par votre cardiologue afin de contrôler le bon fonctionnement du pacemaker.

3.6. LA DUREE DE VOTRE HOSPITALISATION

Il faut compter en tout, une durée d'hospitalisation de 5 à 6 jours.
Le jour de votre sortie de l'hôpital, vous recevrez une carte attestant que vous êtes porteur(se) d'un pacemaker. Il convient de joindre ce document à votre carte d'identité.
Quinze jours après votre opération, les fils seront retirés, selon votre choix, soit par votre médecin traitant, soit par notre dispensaire.

Environ 2 mois après la sortie, un rendez-vous à la polyclinique sera fixé pour effectuer le contrôle du fonctionnement de la pile. Ce contrôle ne prend qu'une dizaine de minutes et devra être répété tous les 6 mois.

4. LE PACEMAKER DANS LA VIE QUOTIDIENNE ACTUELLE

· **Pacemaker et micro-ondes**
Il n'y a pas de problème en utilisation normale.

· **Pacemaker et télécommandes**
Il n'y a pas de risque en utilisation normale c'est-à-dire ne pas se placer entre l'émetteur et le récepteur et en position rapprochée.
Les télécommandes à infrarouges ne posent aucun problème.

· **Pacemaker et antivol**
Consulter la notice du fabricant car certains types d'antivol peuvent modifier le fonctionnement du pacemaker.

· **Pacemaker et champs électromagnétiques puissants**
Certaines sources d'interférences électromagnétiques sont susceptibles de perturber le bon fonctionnement d'un stimulateur cardiaque.
Prudence donc avec les postes de soudure à l'arc, les fours à induction et les plaques de cuisson à induction, les cabines haute tension, les bobines électromagnétiques des moteurs puissants, les aimants puissants.

· **Pacemaker et émetteurs radio**
L'utilisation d'émetteurs radio peut provoquer certaines interférences momentanées.

· **Pacemaker et soins de kinésithérapie**
Le kinésithérapeute doit être mis au courant que vous portez un pacemaker pour adapter le choix de ses appareillages de soins en conséquence.
D'une manière générale, il évitera la région du boîtier.

· **Pacemaker et Résonance Magnétique Nucléaire (RMN)**
Un examen médical par RMN est à proscrire.

· **Pacemaker et bistouri électrique (!!!)**
Il est impératif de prévenir le chirurgien avant toute intervention.

· **Pacemaker et aéroport**
Lors du franchissement des détecteurs de métaux dans les aéroports (et dans certaines gares), le pacemaker déclenchera l'alarme, mais cela est sans risque pour le pacemaker.

Signalez au service de sécurité que vous êtes porteur(se) d'un pacemaker en leur montrant votre petite carte.

· **Pacemaker et sport**

Le fait de porter un pacemaker ne doit pas empêcher la pratique d'activités sportives; il faut toutefois éviter de donner des chocs violents sur le boîtier (évitez la boxe ...!).

· **Pacemaker et bain de soleil**

Le fait de porter un pacemaker n'interdit pas de s'exposer au soleil raisonnablement mais il faut rester prudent quant à la durée et l'intensité de l'exposition car le boîtier étant métallique, il y a risque de brûlures.
Le solarium est à proscrire.

· **Pacemaker et télévigilance**

Les systèmes de télévigilance doivent être étudiés cas par cas selon le type d'appareil.
On se référera donc au fabricant et à la notice qui accompagnera son matériel, d'autant plus que les innovations technologiques sont sans cesse réalisées dans la mise au point de ces appareils.

· **Pacemaker et téléphone portable GSM**

Il est hautement recommandé de ne pas poser le téléphone GSM contre sa poitrine (ne pas le ranger dans sa poche de chemise par exemple !).
Une distance de 20 centimètres entre le téléphone GSM et le boîtier devrait exclure tout risque.
(Petit réflexe à acquérir : si le pacemaker est implanté à droite dans la poitrine, prendre l'habitude de porter le téléphone GSM à l'oreille gauche, et vice-versa).
Si vous observez des phénomènes inhabituels (chocs dans la poitrine, vertiges, ...) n'hésitez pas à consulter votre médecin traitant ou votre cardiologue

LES SERVICES "G"

Les servies "G" sont des services hospitaliers.
Ils sont dès lors régis par la Loi sur les hôpitaux.

1. CONCEPT

Les services "G" se destinent aux patients gériatriques. Ce sont des malades atteints d'une pathologie multiple de nature à provoquer une invalidité et un séjour prolongé à l'hôpital, à défaut d'un traitement adéquat.

Hormis l'admission de patients gériatriques dans un stade aigu de leur affection, ce service se charge également de l'hospitalisation prolongée de malades gériatriques dont l'état est moins aigu.

Cette affection évolutive et non stabilisée peut néanmoins nécessiter des soins spécifiques.

Tant sur le plan médical que dans le domaine des soins et des prestations paramédicales, le service "G" sera constamment axé sur l'application d'un traitement actif. Cette attitude devra permettre de renvoyer le plus tôt possible le patient ayant retrouvé son potentiel physique, psychique et social.

2. CRITERE DE PROGRAMMATION

Les critères de programmation pour les services "G" prévoient 5 lits par 1.000 habitants de 65 ans et plus.

3. NORMES D'AGREMENT

L'agrément comme service de gériatrie peut être accordé à un service d'un hôpital général pourvoyant au diagnostic gériatrique médical, au traitement et à la rééducation.

Ce service doit assurer l'hospitalisation et les soins dans les meilleures conditions.

Ce n'est qu'exceptionnellement qu'un service de gériatrie puisse se situer à l'extérieur d'un hôpital général. Si tel est le cas, il doit être réservé aux patients dont on évalue la situation comme moins aiguë. La rééducation est alors l'élément principal du traitement.

Toutefois, afin que ce service extra-muros puisse fonctionner convenablement, il est nécessaire:

- Que ce service soit en liaison fonctionnelle avec un hôpital général;
- Doté d'un service de gériatrie réservé aux patients dont la situation est la plus aiguë ;
- Que le même interniste-gériatre (ou la même équipe d'internistes-gériatres se charge du traitement effectif dans les deux services de gériatrie.

Cette liaison fonctionnelle doit faire l'objet d'une convention écrite si les deux services appartiennent à des organisations différentes.

Le patient gériatrique est admis au service, soit directement, soit après un premier traitement dans un service hospitalier adapté à son affection.

L'âge moyen des patients dans un service de gériatrie est de 75 ans au moins.
En aucun cas, l'hospitalisation dans un service "G" ne peut être une hospitalisation de longue durée pour personnes âgées.

En principe, le séjour moyen dans un service "G" ne peut dépasser trois mois.

Sur place, le service "G" doit disposer du personnel et de l'équipement nécessaires afin d'assurer sa tâche dans les plus brefs délais et dans les meilleures conditions.

4. NORMES ARCHITECTURALES

Les unités hospitalières du service "G" doivent constituer une entité fonctionnelle. Elles doivent être complètement isolées des ailes de soins d'autres services, tout en étant directement accessibles.

Les unités hospitalières doivent être accessibles aux fauteuils roulants.

- Dans les couloirs et passages du service, toute inégalité du sol (bordures, marches et autres obstacles) est à éviter. Il faut en outre empêcher tout dérapage.

- Lors de leurs déplacements à l'intérieur du service, les patients doivent pourvoir s'aider de rampes et de mais courantes dont seront également équipés les locaux sanitaires.
- Dans les couloirs, il doit y avoir des endroits de repos en suffisance.
- Tous les locaux doivent être équipés d'un système d'appel efficace.
- Les installations sanitaires pour les patients se situeront aussi près que possible des chambres des malades, des salles de séjour et de rééducation.
- Les WC doivent être surdimensionnés; une large porte d'entrée permettra l'accès aux fauteuils roulants et l'assistance éventuelle des patients par le personnel soignant.
- Le service comprendra une unité de 24 lits au moins.
- Chaque unité hospitalière doit disposer d'un local d'examen clinique pouvant fonctionner comme salle de pansement.
- A chaque niveau hospitalier, il faut un local de réunion et une salle à manger convertible en salle de séjour.
- Le service doit en outre disposer d'une salle de rééducation commune.
- Les fonctions des différents locaux seront signalées de façon uniforme.
- Dans l'architecture et la décoration, l'accent sera mis sur l'aspect familial.
- Les unités hospitalières doivent être pourvues de conduites centrales pour l'arrivée de l'oxygène et pour l'aspiration.
- Il faut veiller à ce que tous les locaux soient ventilés adéquatement.

5. NORMES FONCTIONNELLES

Le service "G" doit, disposer de l'équipement requis pour l'application des techniques hospitalières et paramédicales propres au service.

Cet équipement comprend suffisamment de lits ajustables dans chaque unité hospitalière.

Le service doit en outre disposer de:

- Matériel anti-décubitus en suffisance
- Parois latérales pour quelques lits
- Fauteuils adaptés et de hauteurs différentes
- Suffisamment de cabinets de nuits
- Fauteuils roulants en suffisance
- Suffisamment de cadres de marche, de béquilles et de cannes.

La salle de rééducation du service ou du niveau hospitalier doit être équipée:

- d'un déambulateur
- d'un home-trainer
- d'un escalier d'entraînement
- d'un espalier.

Pour les services de logopédie et l'application des techniques de kinésithérapie et d'ergothérapie, l'équipement nécessaire est à prévoir.

- Dès l'admission du patient, un dossier détaillé sera constitué. Il comprendra les données sociales, médicales, paramédicales et hospitalières du patient.
- Dans ce dossier, le médecin consigne les résultats du premier examen complet lors de l'admission.
- Dès l'admission, l'on évaluera les possibilités et les critères quant au renvoi dans les foyers ou dans un milieu de remplacement. Cette évaluation se fait en concertation avec l'assistant(e) social(e) ou l'infirmier(ère) social(e).
- En concertation avec les personnes concernées par le traitement, le médecin établira un schéma de traitement. Tant le traitement particulier sur le plan médical, hospitalier et paramédical que les possibilités de rééducation y seront notées.
- Régulièrement le dossier doit être complété par un rapport reflétant l'évolution de la situation du patient.
  Ce rapport compare la situation avec le programme et le timing (temps) du traitement établis lors de l'admission et adaptés par après.
- Participent à la réunion du staff hebdomadaire: médecin, infirmier(ère)s en chef, kinésithérapeute et éventuellement l'ergothérapeute, l'assistant(e) social(e) et logopède.
  Le rapport des réunions de cette équipe est versé au dossier.

6. Normes d'organisation

- La direction médicale du service de gériatrie est confiée à un interniste dont la compétence spécifique a été agréée conformément à l'Arrêté Ministériel du 27 juin 1985, fixant les critères spécifiques en matière d'agrément de médecins spécialistes en médecine interne ayant une compétence particulière en gériatrie et l'agrément des maîtres de stages et des services de stage en gériatrie.
- Dès que nécessaire, le médecin-chef de service doit pouvoir faire appel aux médecins spécialistes concernés par le traitement.

- Les soins doivent être dispensés par du personnel infirmier diplômé, assisté par un nombre suffisant d'aides-soignants.
  Par unité hospitalière, au moins un membre du personnel infirmier diplômé sera présent en permanence.
- Le service doit pouvoir disposer d'un(e) kinésithérapeute et doit en outre pouvoir faire appel à des ergothérapeutes, logopèdes, diététistes, assistants sociaux ou infirmières sociales graduées. Leur nombre est fonction des lits du service.
- Au sein du service, le climat psychologique sera de nature à rencontrer les besoins des patients gériatriques.
- Dans la mesure du possible, les patients prendront leurs repas en groupe dans la salle à manger.
- Autant que possible, les activités de kinésithérapie et ergothérapie se feront en groupe. Des activités socioculturelles seront également organisées.

- Il faut du personnel d'entretien en suffisance.

7. SECURITE

Tout comme les autres services hospitaliers, le service "G" doit répondre à une série de mesures de protection.

8. COMPTABILITE

Les services "G" doivent se conformer au plan comptable qui s'applique aux hôpitaux.

9. FINANCEMENT

Les services "G" sont financés comme des services hospitaliers.

B. NORMES SPECIFIQUES

1. Conditions architecturales.

a) La M.R.S. est implantée à un endroit permettant une intégration optimale dans la vie sociale.

b) Toutes les mesures de prévention des incendies sont prises dans la M.R.S.

c) Les espaces communs suivants doivent être prévus dans chaque M.R.S.

- Au moins une salle à manger ainsi qu'une salle de séjour, de préférence séparées l'une de l'autre et aménagées de façons aussi agréable et confortable que possible; selon la taille de l'établissement, ces locaux sont en nombre suffisant pour garantir leur caractère de lieu de vie.
- Si l'établissement est organisé sur la base de groupes de vie distincts, il y a lieu de prévoir des locaux en nombre suffisant, de sorte que l'intégration dans le cadre de vie habituel continue à être garantie.
- Au moins une salle équipée pour la pratique collective de la kinésithérapie et de l'ergothérapie, ainsi que pour l'animation.

d) Les déplacements des résidents au sein de la M.R.S. sont facilités par l'installation de mains courantes. Les installations sanitaires en sont également dotées. Des lieux de repos sont prévus dans les couloirs.

e) Dans tous les locaux de la M.R.S. accessibles aux résidents, toutes les inégalités du sol, telles que marches, escaliers et autres entraves sont évitées. En outre, on doit prévenir tout risque de chute. Si ces inégalités ne peuvent être évitées, il y a lieu de les signaler clairement.

f) Les locaux des établissements destinés à la M.R.S. doivent constituer une entité complètement séparée de tout autre service hospitalier; les locaux logistiques et les voies de circulation internes peuvent toutefois être communs à un service hospitalier agréé.

g) Tous les locaux de la M.R.S. accessibles aux résidents doivent être suffisamment spacieux afin de permettre à une personne en chaise roulante de se déplacer facilement.

h) Dans la M.R.S., le nombre de 4 lits par chambre ne peut être dépassé en aucun cas. Pour les nouvelles constructions et à partir du 01/01/2005 pour toutes les institutions existantes, au moins la moitié de la capacité d'admission doit être à un lit et le reste à deux lits.
Pour les nouvelles constructions et à partir du 01/01/2005, pour toutes les institutions existantes, les chambres devront disposer d'un cabinet de toilette comprenant au moins un lavabo et un W.C.

i) Pour les nouvelles constructions et à partir du 01/01/2005 pour toutes les institutions existantes, la superficie nette par chambre d'une personne ne peut être inférieure à 12m² à l'exclusion des sanitaires.
Cette superficie est portée à 21 m² pour deux personnes.

j) Chaque chambre doit disposer d'eau courante chaude et froide.

k) Chaque chambre doit posséder un éclairage artificiel suffisant, accessible du lit par le résidant et adapté aux circonstances locales. La nuit, les chambres et les couloirs doivent être suffisamment éclairés afin d'assurer la sécurité des déplacements des résidants.

l) Les chambres doivent être chauffées de manière telle que la température puisse toujours y être portée à 22°.
Tous les résidents doivent pouvoir, en position assise avoir une vue sur le monde extérieur. En outre, il y a lieu de prévoir une protection adaptée contre le rayonnement solaire excessif.

m) Les installations sanitaires des résidents doivent être en nombre suffisant et aménagées aussi près que possible des chambres, ainsi qu'à proximité immédiate des lieux de vie en commun.
De plus, toutes les toilettes destinées aux résidants doivent être spacieuse et permettre l'accès à un fauteuil roulant ainsi qu') une personne qui assiste éventuellement le résidant. Elles doivent disposer également d'un lavabo.

n) La M.R.S. dont les locaux sont situés à l'étage ou qui sont dispersés sur plusieurs ni veaux, doit disposer au moins d'un ascenseur permettant le transport d'un résidant se trouvant dans une position allongée ainsi que de la personne accompagnante.

o) Dans tous les locaux accessibles aux résidants, un système d'appel efficace et accessible doit être prévu.

p) Il faut veiller à une aération adéquate de tous les locaux.

q) La M.R.S. dispose au moins d'un local infirmier, d'une salle de soins, ainsi que d'un local destiné à recevoir entre autres la famille des résidants.

r) La possibilité d'un raccordement radio-TV, téléphone, doit être prévue dans chaque chambre.

2. Normes fonctionnelles.

La M.R.S. doit disposer des moyens nécessaires en vue d'assurer outre une atmosphère familiale, les soins, la surveillance, le maintien en activité et le loisir des résidants.

a) Les chambres doivent, par résidant, comprendre au moins un lit, une garde-robe pour le rangement des effets personnels et un fauteuil adapté aux résidants; de plus, celles-ci doivent comprendre une table et une chaise. Le mobilier doit répondre aux besoins des résidants.

b) Le résident doit avoir, dans sa chambre, la possibilité de disposer de biens personnels.

c) La M.R.S. dispose d'une majorité de lits réglables en hauteur, articulés, mobiles, de narres de lits amovibles et de soulève-personnes. Elle possède aussi du matériel de manutention adéquat.

d) Afin de répondre à la demande, la M.R.S. doit disposer:

- De suffisamment de chaises roulantes pour les personnes qui ont, occasionnellement, des difficultés à se déplacer de manière autonome;
- De procédures de soins ainsi que du matériel requis en vue de la prévention des escarres;
- De chaises percées dont l'usage doit être strictement limité.

Si la chambre dispose de plus d'un lit, il doit être possible d'isoler chaque lit lors des soins.

e) La M.R.S. doit disposer au moins d'une baignoire adaptée par 25 lits ainsi qu'une baignoire adaptée par tranche supplémentaire de 15 lits, avec un maximum d'une baignoire adaptée par 25 lits.

f) En outre, la M.R.S. doit disposer d'un local qui peut être utilisé pour la coiffure et la pédicurie.

La maltraitance

Objectif de la leçon

A la fin de la leçon, l'étudiant sera capable d'identifier les situations de maltraitance.

Développement des compétences

Savoir : Citer les signes de maltraitance

Savoir-faire : Observer les signes de maltraitance physique et psychologiques, identifier les situations de maltraitance

1. Introduction

La maltraitance existe, elle est parmi nous et beaucoup plus proche que nous ne l'imaginons:

- elle touche des personnes vulnérables et en premier lieu les enfants, les handicapés, les personnes âgées et les femmes ;
- dans 80 % des cas, elle s'exerce au domicile et se cache au sein de l'espace familial qui normalement doit assurer la protection de l'individu ;
- elle peut être aussi « institutionnelle» et résulter de l'institution elle-même ou des professionnels qui n'ont pas toujours conscience que leurs comportements peuvent être maltraitants.

Chacun peut être le témoin au sein de sa famille, de son entourage, de son voisinage ou dans le cadre de son exercice professionnel de situations de maltraitance.

Notre société semble de plus en plus à l'écoute des victimes et de nombreuses décisions politiques visent à une meilleure prise en charge de leurs droits.

2. Définitions

La maltraitance est une forme de violence. Le conseil de l'Europe a proposé une définition de la violence en 1992 : «La violence se caractérise par tout acte ou omission portant atteinte à la vie, à l'intégrité ou à la liberté de la personne ou compromettant gravement le développement de sa personnalité et/ou nuisant à sa sécurité. »

- La maltraitance peut donc se définir comme un ensemble d'actes et de comportements commis ou omis envers une personne au détriment de son intégrité physique ou sexuelle, morale, matérielle ou financière.
  La notion de maltraitance est toujours liée à celle de vulnérabilité. Elle se met en place autour de la dépendance physique et/ou affective. Les rapports de pouvoir entre les individus ne sont plus égaux. Alors la relation s'établit sur un mode dominant/dominé.

- L'abus est un mode de contrainte volontaire et actif qui peut être physique, psychique ou financier. C'est l'action d'outrepasser les droits qui nous ont été conférés, d'abuser de la confiance de quelqu'un, d'outrepasser le pouvoir qui nous a été confié. L'abus suppose une intentionnalité.

- La négligence est un défaut de soins et/ou un manque d'attention: c'est-à-dire ne pas satisfaire les besoins de la personne qu'ils soient physiques, psychologiques, affectifs ou spirituels. Elle peut être:
  - active et intentionnelle, physique et psychologique: abandon, indifférence, placement autoritaire en structure;
  - passive sous forme d'oubli portant préjudice à la personne sur le plan matériel ou moral.

3. Les différentes formes de maltraitance

❖ les maltraitances physiques et sexuelles

Ce sont tous les actes volontaires susceptibles d'entraîner des blessures ou la mort: brûlure, gifles, ligotage, sévices sexuels, bousculades et coups, séquestration ...

❖ les maltraitances psychologiques

Elles sont plus pernicieuses et non repérables sans une analyse de situation. Elles correspondent à un non-respect des choix et des désirs de la personne.

L'aidant qu'il soit naturel ou professionnel impose son propre projet. Il y a non-respect de l'identité de la personne. Elles peuvent revêtir différentes formes:

- la dévalorisation;
- les menaces verbales et/ou des insultes;
- l'infantilisation ;
- l'enfermement ;
- la culpabilisation;
- l'abus de pouvoir ;
- l'indifférence ;
- l'exploitation et l'abus matériel: exploitation financière, rétention ou détournement d'argent et de biens, abus dans l'utilisation de procuration, économies abusives (privation de confort dans le but de ne pas appauvrir le patrimoine) ... ;
- le contrôle et l'interdit de la liberté individuelle, qui est une violation des droits.

4. La maltraitance chez la personne âgée… Quelques données…

En Belgique, en 1998, 2 études ont été commandées par la ministre Miet Smet, Ministre de l'Emploi et du Travail et de la Politique d'Egalité des Chances :

1. Etude sur la maltraitance des personnes âgées à domicile, par la KUL,

Selon cette étude belge, 19,7 % de « nos seniors » se sentent victimes de violences après leur soixantième anniversaire. Presque 1 PERSONNE / 5 !

2. Enquête réalisée dans 70 maisons de repos sur la maltraitance des personnes âgées en maison de repos, par l'ULG.

   • 10% des pensionnaires estiment que leur intimité n'est pas assez respectée.

- 21 témoignages d'agressivité physique.
- 14,7% des pensionnaires parlent de froideur du personnel.
- 3,7% pensent que le personnel est grossier.
- 4,3% estiment qu'il est agressif.
- 14% des pensionnaires ressentent le fait qu'ils sont considérés comme des enfants.

Les auteurs de ces violences sont le plus souvent des proches familiaux ou des professionnels en contact direct avec les personnes âgées

5. Facteurs de risques favorisant la survenue de maltraitance chez la personne âgée

- Les différentes formes de dépendances, qu'elles soient d'ordre physique ou psychologique, dans la mesure où ces situations constituent une véritable source de stress et requièrent beaucoup d'attention, de soins et de patience de la part des aidants.

- Il n'est pas facile de voir l'un de ses parents vieillir difficilement parce qu'il serait, par exemple atteint d'une maladie, telle que la maladie d'Alzheimer. En effet, les différentes pathologies qui touchent d'avantage une personne âgée vont avoir des conséquences.
- La personne âgée peut ne plus reconnaître ses proches, répéter les mêmes mots sans arrêt, refaire les même gestes tout au long de la journée… La prise en charge et les soins nécessaires dans ces situations peuvent être très lourds pour les personnes entourant la personne âgée.
- L'image du parent qui se « dégrade », qui perd son autonomie est aussi éprouvante émotionnellement. Il faut passer par plusieurs phases pour arriver à faire le deuil du parent « d'avant ».

- Les différentes formes d'incontinence peuvent également représenter un danger dans le sens où ces troubles occasionnent une surcharge de travail et peuvent également être responsables de l'isolement, du rejet ou encore de l'abandon de la personne.

- Les troubles du caractère constituent également un facteur non négligeable. Il ne faut pas nier que certains seniors peuvent se montrer agressifs. Or cette agressivité engendre presque toujours à moyen ou à long terme, celle des aidants.

6. Facteurs de risque liés au profil de l'aidant

Souvent il ne serait pas préparé à s'occuper d'une personne dépendante, vivant avec la victime et s'occupant d'elle depuis longtemps:

- il accepterait mal cette charge de soignant et ne recevrait ou ne solliciterait aucune aide ;
- il existerait des conflits non résolus au sein du couple ou de la famille ;
- il serait en situation d'épuisement physique et psychique, avec plus ou moins un isolement social et/ou des problèmes financiers, et/ou une consommation d'alcool ou de drogues.

7. Facteurs de risque liés à l'institution

Pour lutter contre les maltraitances institutionnelles, des enquêtes « préventives» sont diligentées par la Ddass pour repérer les risques de maltraitance et identifier les situations de violences.

Facteurs de risque de maltraitance liés à l'institution.

Situations liées aux conditions d'hébergement	Situations liées aux professionnels
• vétusté ou insalubrité des locaux, • manque d'hygiène, espaces non adaptés aux divers handicaps car chambre trop petite • alimentation insuffisante en qualité et quantité et aide déficiente pour la prise des repas • abus matériels: vol de biens personnels, facturation injustifiée et contrôle de l'argent personnel • peu de loisirs diversifiés et adaptés	• inexpérience des personnels non ou peu qualifiés • manque de personnel et négligence dans les soins • non-respect de la personne au niveau - de son identité son intimité - son autonomie et son rythme • manque d'écoute et d'attention, de motivation et de conscience profes-

• sorties à l'extérieur limitées ou inexistantes	sionnelle • non soulagement de la douleur et abus médicamenteux (neuroleptiques, tranquillisants) • pas ou peu de formation continue pour les professionnels • absence de projet de soins et de projet de service

- Les relations de soins peuvent être à l'origine d'une situation déclenchant une réaction agressive, voire violente surtout si la personne âgée a le sentiment de ne pas être écoutée, ni respectée, ni en sécurité. Il en est de même si on ne respecte pas son autonomie, son confort et son identité.

Les professionnels de santé qui agressent de façon active et consciente les personnes vulnérables dont ils ont la charge sont minoritaires. Pourtant ***la frontière entre la négligence et l'abus paraît parfois si ténue que des soignants peuvent facilement devenir maltraitants***.

Pour bien s'occuper des autres, il faut d'abord être bien soi-même. Mais prend-on suffisamment soin des soignants ? Le manque de valorisation, la non-reconnaissance, les conditions de travail pourraient engendrer l'épuisement professionnel appelé aussi burn-out et conduire à la déshumanisation de la relation de soins favorisant la survenue de comportements maltraitants.

8. Repérage des signes de maltraitance chez la personne âgée

Très souvent, parce qu'elle n'en a pas la capacité physique ou mentale ou par peur de représailles, la personne âgée ne dénoncera pas les mauvais traitements qu'on lui fait subir.

Toutefois, certains signes ou comportements peuvent alerter les soignants ou l'entourage.

Signes de maltraitance chez la personne âgée

Signes physiques	Signes psychologiques
• Apparence négligée • Hygiène douteuse • Habillement mal adapté à la saison ou à la situation • Perte de poids inexpliquée médicalement • Perte d'appétit • Présence d'ecchymoses avec embarras pour en expliquer la cause • Signes de déshydratation • Chutes à répétition	• Petre d'intérêt • Baisse de l'estime de soi • Troubles du sommeil • Repli sur soi • Méfiance envers certains soignants • Plaintes, pleurs • Emets de sous-entendus • Dit qu'on la maltraite

Ces signes doivent alerter et il sera alors important de conforter ses impressions. Si la situation de maltraitance est avérée, alors elle devra être signalée.

Pour les personnes âgées, les conséquences des différentes formes de maltraitance peuvent être particulièrement sévères...

❖ **Conséquences psychologiques**
- Le sentiment d'abandon de son entourage entraînant l'isolement et le repli sur soi.
- La dépression, le suicide.
- La perte d'identité, la culpabilité, la honte.
- La peur et l'anxiété pouvant mener jusqu'au stress post-traumatique.

De façon globale : une souffrance générale ainsi qu'une blessure personnelle.

❖ **Conséquences physiques**
- Des plaies, des escarres, des fractures multiples.
- Une convalescence plus longue.
- Une dégradation de l'état de santé général.

Une blessure relativement mineure peut causer des dégâts sérieux et permanents.

❖ **Conséquences globales**
- Des conditions financières amoindries.
- Une diminution de la qualité de vie.
- Une augmentation du taux de mortalité.

9. Le signalement de la maltraitance

Le signalement d'un acte ou d'une suspicion de maltraitance est un devoir citoyen et une obligation légale.

Tout citoyen témoin d'un acte de violence se doit d'intervenir et d'informer les autorités administratives et judiciaires. C'est une responsabilité individuelle et collective, chacun peut être témoin de situations de maltraitance :

- au sein de sa famille, de son entourage, de son voisinage;
- dans le cadre de son exercice professionnel.

Il s'agit d'une véritable obligation dans la mesure où savoir et ne rien faire peut, dans certains cas, engager la responsabilité pénale du témoin.

10. Le concept de bientraitance

La bientraitance se définit comme « prendre soin de la personne soignée ». C'est une évidence et c'est là l'essentiel du métier de soignant.

Apparu dans les années 1990, le concept de bientraitance est utilisé lorsque l'on parle de l'attitude à adopter envers les personnes âgées.

La bientraitance est une notion positive : « bien traiter» ce n'est pas seulement ne pas maltraiter.

Pour le professionnel de santé, la bientraitance passe par la préservation de la dignité de la personne, le respect de son autonomie, l'accueil et les relations avec la personne âgée.

La bientraitance de l'autre, c'est aussi la bientraitance de soi-même:

« Quand je fais du mal à l'autre, je me fais du mal»

« Quand je fais du bien à l'autre, je me fais plaisir »,

Bibliographie

www.respectseniors.be

GERACTFAS. « Module AS/AP n°5 : Relation-Communication», Ed Masson, 2007, p 68-75

PLUS D'UNE P.A SUR 20 EST MALTRAITEE

DORZEE,HUGUES
Jeudi 5 juin 2008

Famille Une quinzaine de sensibilisation, un nouveau décret wallon, 500.000 euros de budget et le réseau « Libr'âgé » qui s'élargit

Violences physiques, psychologiques ou financières. Vols, menaces ou héritages anticipés. Négligences, excès de médicament ou atteintes corporelles. La liste des maltraitances est longue, et non exhaustive. Les victimes sont des « seniors », en particulier les plus âgés. Plus d'un sur vingt (6 %), selon les statistiques disponibles…

Jusqu'au 15 juin, les professionnels en parlent. Partout en Wallonie. Pour aider les témoins et les victimes à *« briser le silence »*.

Conseil communal des seniors, théâtre-action, émission de radio, formations… De Liège à Braine-l'Alleud, en passant par Charleroi, les citoyens sont invités à se pencher sur la question. Avec, le 15 juin, à l'Arsenal de Namur, la Journée de lutte contre la maltraitance des personnes âgées.

« Il est urgent d'instaurer une culture du souci et de l'attention », insiste le D^r^ Nicolas Berg, gériatre (Capam). Malgré les efforts menés depuis quelques années, le phénomène reste méconnu. Parce que les familles se taisent, l'entourage minimise, les aidants plaident la confidentialité et les victimes n'ont pas toujours conscience du problème…

Les femmes, les plus âgés

« Depuis que mon fils est revenu à la maison, je ne suis plus chez moi », raconte Albert. *« Depuis quelque temps, mon époux a des pertes de mémoire, je perds patience et il m'arrive de lui crier dessus »,* regrette Eloïse. *« Quand elle m'apporte mon dîner, elle ne me parle plus »*, déplore Jeanne.

En Wallonie, plus de 750.000 personnes ont plus de 60 ans. En 2015, les centenaires seront au nombre de 630 (pour 425 aujourd'hui). Et le problème risque de s'aggraver. Depuis 2003, un réseau d'associations est actif en Wallonie (Capam, Urgedes…). Réunies sous le label « Libr'âgé », elles disposent d'antennes locales (Liège, Luxembourg, Tournai, Hainaut, Namur), organisent des permanences téléphoniques, de l'écoute active, des visites à domicile… *« Les proches, les professionnels de la santé (infirmière, médecin, aide-soignant…), tout le monde est concerné. D'où l'importance des formations initiales, mais aussi continues »*, insiste le D^r^ Didier Giet, (ULg, médecine générale).

Entre 2004 et 2007, le réseau Libr'âgé a reçu 4.500 appels fiables. Le type de maltraitrance rencontrée ? Principalement financière (29 %) et psychologique (25 %). Les victimes étaient plutôt âgées (71 % de 80 à 90 ans) et des femmes. La majorité vivait à domicile (75 %).

Le ministre wallon Didier Donfut (Action sociale, PS) a décidé de prendre le problème à bras-le-corps. Nouveau décret, 500.000 euros de budget, création d'un numéro d'appel unique et d'une Agence wallonne spécifique… Le souci du ministre Donfut ? *« Renforcer les efforts de dépistage et de contrôle. »*

La maladie d'Alzheimer

1. Introduction

Longtemps, le mot « démence » a été associé au mot « folie ». Etre dément, signifiait qu'on était fou. Actuellement cette définition n'est plus utilisée que juridiquement. Aux yeux de la loi, le dément reste quelqu'un de fou, c'est-à-dire dans un état mental qui rend l'individu irresponsable de ses actes. Heureusement, l'utilisation médicale du terme est plus restreinte et décrit un ensemble de pathologies dont l'origine est une dégénérescence progressive du système nerveux central.

Parmi la grande diversité de démences et des altérations cognitives pathologiques liées à l'âge, la maladie d'Alzheimer, considérée comme la plus fréquente (de 45 à 60 % des cas de démence), s'inscrit dans la famille des démences dégénératives corticales parce qu'elle est associée à une perte de neurones.

Elle débute probablement assez tôt dans la vie mais se manifeste tardivement, le plus souvent chez la personne âgée.

Cette maladie s'accompagne d'une dégénérescence progressive du système nerveux central.

2. Définition de la démence

Une démence est une dégénérescence progressive du système nerveux central (au niveau du cerveau), qui entraîne une détérioration progressive des fonctions cognitives ainsi que des désordres comportementaux et émotionnels.

En d'autres mots, la démence détruit progressivement les cellules nerveuses vitales du cerveau.

3. Cliniquement, cette maladie se manifeste par

- Une détérioration progressive des fonctions cognitives
  - Pertes de mémoire
  - Difficultés d'apprentissage
  - Problèmes de langage
  - Désorientation
- Des désordres comportementaux :
  - Agressivité
  - Apathie

    - Désinhibition sexuelle
    - Sommeil perturbé
- Des désordres émotionnels :
    - Changement de personnalité,
    - Changement d'humeur

Le profil d'évolution est très variable d'un malade à l'autre.

4. Les symptômes

La maladie d'Alzheimer est généralement lente et progressive.

Au premier stade de la maladie, les sujets ont des difficultés à se souvenir des événements récents. Ils peuvent oublier de fermer un robinet ou ne pas se souvenir s'ils ont pris leurs médicaments. Ils éprouvent des difficultés à trouver leurs mots, à compléter leurs idées, à se souvenir des noms et de certaines informations. Les personnes deviennent moins spontanées et semblent parfois apathiques.

Au fur et à mesure de l'évolution de la maladie, les malades ont des difficultés à accomplir des tâches quotidiennes comme conduire leur voiture, gérer leur argent, se laver, s'habiller, prendre des décisions ou discuter de façon cohérente.

Plus tard, les sujets sont souvent désorientés dans le temps et dans l'espace, ne se souvenant pas de leur propre rue ou de la route à suivre pour retourner à la maison.

Plus la maladie progresse, plus ils deviennent confus. Certaines personnes montrent des changements de personnalité (elles se montrent plus peureuses ou plus nerveuses) et de comportement (elles passent du rire aux larmes ou à la colère sans aucune raison apparente). Elles peuvent souffrir de dépression et d'hallucinations.

Au dernier stade de la maladie, la personne peut perdre le contrôle de sa vessie et de ses intestins et devenir complètement grabataire.

A ce stade, les malades ne reconnaissent souvent plus leurs proches et ils ont besoin de soins constants.

Même si la progression de la maladie suit généralement le même cours, la sévérité des symptômes peut varier considérablement d'une personne à l'autre.

A partir du diagnostic, le cours de la maladie est généralement de 8 à 10 an, mais il peut aussi bien être de 2 ans que de 20 ans.

Remarque

La perte des cellules cérébrales est un processus naturel mais dans la démence, ce processus est beaucoup plus rapide et a pour effet une baisse de l'aptitude du cerveau de la personne à fonctionner normalement.

5. La prévalence

Les études montrent une prédominance féminine de l'ordre de 2 pour 1 (2 femmes pour 1 homme).Ceci s'explique partiellement par une espérance de vie plus longue chez les femmes.

En Belgique, la maladie d'Alzheimer, affecte environ 80.000 à 100.000 personnes et le vieillissement de la population ne fera qu'augmenter le nombre des personnes démentes.

A l'heure actuelle, près de la moitié des personnes atteintes d'Alzheimer vivent encore au domicile. Elles sont prises en charge le plus souvent par le conjoint, les enfants ou les beaux-enfants appelés les aidants naturels.

6. Quels sont les signes observés chez le malade qui peuvent faire penser à une maladie d'Alzheimer?

Voici quelques exemples :

- Pour la détérioration des fonctions cognitives :
  - Il perd tout le temps ses lunettes (et les retrouve dans le frigo)
  - Il oublie de couper le gaz
  - Il oublie les rendez-vous chez le médecin
  - Il n'arrive plus à suivre le fil d'une conversation
  - Il oublie ce que vous lui avez dit la veille
  - Il a des difficultés à se souvenir du nom des gens
  - …
- Pour les désordres du comportement :
  - Il fait les cents pas
  - Il fait des gestes répétitifs
  - Il cache des objets
  - Il cherche constamment après ses affaires
  - Il se déshabille au mauvais moment
  - Il a un sommeil troublé
  - Il s'emporte émotionnellement
  - Il est très agité
  - Il dit des jurons
  - Il se dispute
  - Il fait des avances inopportunes

- Pour les désordres émotionnels :
    - Il a souvent moins d'expressions
    - Il est moins vivant et plus renfermé qu'auparavant (apathie, moins d'énergie, reste tout le temps dans le fauteuil à ne rien faire)
    - Il est possible qu'il perde la maîtrise de son humeur et de ses émotions qui peuvent varier rapidement et être de moins en moins prévisibles

7. Diagnostic

Le premier pas vers le diagnostic de la Maladie d'Alzheimer est la détection par les proches ou par le médecin traitant de comportements inhabituels (ou signes précurseurs) chez la personne concernée. Plus le temps passe et plus ces comportements se multiplient. Il est alors utile d'en parler au médecin traitant et ou d'aller consulter un centre pour les troubles de la mémoire ou un spécialiste (neurologue, gériatre, psychiatre,...).

Le médecin effectue un diagnostic d'exclusion : il élimine toutes les autres pathologies pouvant causer les symptômes observés chez la personne. Tant l'état physique que mental de la personne est examiné. En cas de suspicion de démence de type Alzheimer (DTA), on parle dans un premier temps de DTA possible, ensuite de DTA probable avant de poser le diagnostic.

7.1. La consultation

Actuellement, il n'est toujours pas possible d'établir un diagnostic certain de la Maladie d'Alzheimer. En effet, il n'existe pas de marqueur biologique pour identifier cette pathologie. Cependant, sur base d'un examen neurologique et neuropsychologique poussé, on peut prononcer ce diagnostic avec une certitude de 90%.

7.1.1. Anamnèse

L'anamnèse est un entretien avec la personne AD (atteinte de démence) et son entourage. Cet entretien porte sur la personne malade : sa scolarité, sa vie familiale, son parcours professionnel, ses antécédents médicaux, ses habitudes alimentaires, son rôle social, ses difficultés dans la vie quotidienne, l'apparition des premiers troubles,...

Le but pour le médecin est d'avoir une vision globale de la situation, pour qu'il puisse évaluer s'il s'agit effectivement d'une régression intellectuelle due à une démence.

7.1.2. L'examen médical

L'examen comprend des tests cliniques, neurologiques et neuropsychologiques.

7.1.2.1. Les tests cliniques et neurologiques

a. Les tests cliniques sont des examens visant à éliminer toute autre cause de déficits mentaux comme une carence en vitamine, un mauvais fonctionnement hormonal, une infection importante, des problèmes cérébraux,… Il est également important de tester la vue et l'ouïe, qui peuvent causer des problèmes importants de communication.

b. Les tests neurologiques servent à donner la meilleure image possible de l'activité et de l'anatomie du cerveau. Plusieurs tests sont utilisés:

- *L'électroencéphalogramme (EEG)*: cet examen a pour but de voir l'activité électrique du cerveau. Sans entrer dans les détails, le tracé dans les démences est souvent ralenti et de faible amplitude.
- *Scanner (tomodensitométrie)*: cet examen permet de mesurer l'épaisseur du tissu cérébral. Une diminution de cette épaisseur dans certaines régions du cerveau peut être observée dans la Maladie d'Alzheimer.
- *Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)*: elle fournit des images assez précises du cerveau. Si on effectue cet examen à quelques mois d'intervalle, on peut voir des changements dans la structure du cerveau, et ce dans les stades précoces.
- *Tomographie par émission monophotonique (SPECT)*: elle renseigne sur le débit sanguin. Dans la Maladie d'Alzheimer, on constate que ce débit est réduit.
- *Tomographie par émission de positrons (PET)*: cet examen permet d'étudier le fonctionnement cérébral. Chez les personnes AD, on peut constater une utilisation anormale du sucre (glucose) par le cerveau.

c. Les tests neuropsychologiques

Le MMSE est le test le plus fréquemment utilisé car il est rapide et qu'il donne des informations précieuses sur la mémoire à court terme, l'orientation dans l'espace et le temps,… et qu'il est indispensable pour obtenir le remboursement des médicaments. Généralement, le médecin traitant administre lui-même ce test et envoie, s'il le juge nécessaire, son patient chez un neuropsychologue pour approfondir l'examen.

Cet examen approfondi constitue le moyen d'évaluer la capacité d'orientation dans le temps et l'espace, la mémoire et les capacités de concentration. On peut le faire grâce à différents tests (ces tests sont des questionnaires portant sur la vie de la personne, des reconnaissances d'images, des associations d'idées, …).

La Maladie d'Alzheimer, dans les stades précoces, peut être diagnostiquée grâce à deux examens neuropsychologiques effectués à +/-6 mois d'intervalle. Pourquoi 6 mois ? Simplement parce que la Maladie d'Alzheimer est une démence dégénérative, évolutive et irré-

versible et que dans ce laps de temps, on pourra probablement observer une diminution des résultats obtenus aux premiers tests (l'évolution confirme le diagnostic initial).

8. Quelles attitudes adopter face aux pertes de mémoire du malade?

- Essayer de garder une attitude positive et rassurer la personne
  Pour la personne malade, le fait d'oublier est une difficulté supplémentaire car elle doit souvent faire appel aux autres. Mais à cette difficulté, s'ajoute pour la personne malade celle de se sentir gênée, inutile, irritée, frustrée suite à un incident. Dès lors, il est essentiel de se rappeler que le malade n'oublie pas intentionnellement, mais que ce comportement est une conséquence de la maladie.
- Ne pas se sentir personnellement visé par le comportement
  Parfois, nous pourrions imaginer que le malade est délibérément maladroit, qu'il agit de manière irréfléchie, qu'il fait exprès de ne pas se souvenir. Rappelons-nous bien que la perte de mémoire fait partie des symptômes de la maladie et que le malade ne fait pas exprès de vous agacer avec ses questions ou de vous ennuyer.
- Éviter d'attirer inutilement l'attention sur les erreurs et les problèmes
  Il est inutile d'attirer l'attention sur les problèmes et les erreurs de la personne malade. A partir du moment où vous avez compris ce qu'elle voulait dire ou ce qu'elle voulait faire, il ne sert à rien de vouloir corriger.
  Ce n'est pas en corrigeant les erreurs commises, comme on le ferait avec un enfant, que nous allons éviter qu'une erreur ne se reproduise à l'avenir vu que les capacités d'apprentissage sont limitées.
- Rappelez certaines choses de temps en temps (uniquement ce qui est essentiel.
- Utiliser au maximum les aide-mémoire
  Il est possible de faire un tableau d'affichage lisible, de mettre en place un agenda,….
  D'autres repères peuvent être utilisés comme des messages sur les portes des armoires de la cuisine, sur les portes des chambres,…

9. Communiquer avec un malade d'Alzheimer

9.1. Attitude

- Commencer la conversation en s'identifiant et appelant la personne par son nom
- Rester face à face avec le malade.
- Maintenir le contact des yeux.
- Bouger lentement.

- Toucher le malade sur le bras ou la main.
- Employer des mots familiers.
- Utiliser des phrases courtes et simples.
- Parler lentement.
- Parler doucement sans crier.
- Poser une question à la fois.
- Attendre la réponse.
- Si vous répétez, le faire avec les mêmes mots.
- Employer des expressions de visage et des gestes qui expliquent ou amplifient le message.

9.2. Guidances générales

- Parler à la personne dans un endroit calme et sans distraction.
- Faire comprendre à la personne et lui signaler que c'est à elle et avec elle que vous voulez lui parler.
- Ecouter attentivement.
- Surveiller d'éventuels signes d'anxiété ou de recul (augmentation des mouvements des mains, augmentation du son de la voix, agitation ou hostilité, aversion des yeux, froncement des sourcils).
- Si le patient n'est pas réceptif, lui dire que vous comprenez qu'il ne veut pas parler maintenant et qu'il pourra le faire plus tard quand vous reviendrez plus tard pour le faire.

Il y a des choses que, pour le moment, nous ne pouvons pas comprendre dans leur comportement, mais peut-être un jour pourrons-nous l'expliquer.

9.3. Les dix commandements

Nécessaires pour aborder le malade d'Alzheimer et pour communiquer avec lui.

Pour aborder le patient

Près de la personne, tu te tiendras;

Son nom, tu diras;

Son corps, tu toucheras;

A sa hauteur et face à lui, tu te tiendras;

Un contact visuel, tu établiras;

Pour communiquer avec le patient

Lentement et distinctement, tu parleras;

Des mots simples et concrets, des phrases courtes, tu emploieras;

Avec des gestes et le toucher, tes paroles, tu compléteras;

Un message à la fois, tu donneras;

Aux énoncés affirmatifs, tu recourras;

10. Rôle de l'intervenant

Adopter une attitude empathique

Il est important de retenir que chaque personne est unique. Les intervenants ne portent pas de jugements. Ils respectent les différences propres à chacun.

Pour rappel: L'empathie désigne le mécanisme par lequel un individu peut comprendre les sentiments et les émotions d'une autre personne.

Etre en écoute active

- Rester neutre : exclure ses propres idées préconçues et toute tentative d'interprétation
- Adopter une attitude physique de disponibilité
- Lui donner de nombreux signes visuels et verbaux d'intérêt
- Laisser autrui s'exprimer sans l'interrompre
- Pratiquer les silences
- Le questionner (questions ouvertes)
- L'inciter à préciser le cours de sa pensée lorsqu'elle est imprécise ou trop générale
- Reformuler ses propos avec ses propres termes
- Témoigner de l'empathie

« Je voudrais que les gens sachent qu'il existe des groupes de soutien qui les accompagnent dans les moments difficiles. On y trouve des personnes qui comprennent les épreuves à traverser. »

Nancy Reagan tiré de « Alzheimer, le guide des aidants »

Services - Centres d'accueil de jour

Les personnes qui souffrent de démence et qui requièrent des soins, une surveillance ou un accompagnement peuvent être hébergées durant la journée dans un centre d'accueil, situé dans une maison de repos, dans une maison de repos et de soins ou dans un hôpital psychiatrique.

Ce service complète utilement le maintien à domicile et permet aux aidants familiaux du malade de souffler quelques heures.

Ces centres proposent des animations, des activités de la vie journalière, des soins, de la kinésithérapie et de l'ergothérapie. Certains centres disposent même de moyens de transport qui permettent d'aller chercher la personne malade à son domicile.

Services - Centres d'accueil de nuit

Pourquoi un centre d'accueil de nuit?

L'objectif, à travers la généralisation de services d'accueil de nuit, est de:

- Permettre aux conjoints ou enfants de personnes perturbées la nuit de pouvoir « souffler » et dormir les nuits où celles-ci sont accueillies en services d'accueil de nuit.
- Proposer aux personnes actives la nuit de pouvoir vivre à leur rythme, avec peu de contraintes.
- Eviter des hospitalisations ou des entrées en maisons de repos et de soins inutiles et perturbatrices.

Pour qui?

- Tout homme et toute femme,
- de plus de 60 ans (avec dérogation possible avant 60 ans),
- atteint de maladie d'Alzheimer ou d'autres maladies neurodégénératives (personnes souffrant de syndrome démentiel [sénile ou présénile] ou d'autres troubles cognitifs) – pour lequel un diagnostic a été posé –,
- « non grabataire »

- ayant des problèmes du rythme éveil/sommeil difficilement gérable pour son entourage,
- habitant, de préférence, la région du centre d'accueil.

Où?

Des « centres d'accueil de nuit » expérimentaux sont testés, pendant 6 mois, au sein de 3 maisons de repos et de soins possédant un accueil de jour agréé par la Région wallonne, en lien avec les partenaires gérontologiques de l'environnement de ces établissements (entités communales, services d'aide et de soins, autres maisons de repos et de soins, professionnels médicaux et paramédicaux indépendants, animateurs des groupes d'entraide de la Ligue Alzheimer, etc…).

Après évaluation de cette expérimentation, ce nouveau service pourrait être développé sur l'ensemble de la Wallonie.

Les 3 sites expérimentaux:

- LIEGE
- COMINES-WARNETON
- BRAINE-L'ALLEUD

"Le Vignole" CPAS

Maison de repos et de soins &
centre d'accueil et de soins de jour
Rue du Paradis 1
1420 Braine-L'Alleud

Services - Centres hospitaliers spécialisés

Une personne atteinte de démence peut être admise dans une clinique psycho gériatrique, dans une unité spécialisée d'un hôpital psychiatrique ou d'un hôpital général.

L'accueil y est en principe temporaire et vise à une observation approfondie, à l'établissement d'un diagnostic et la mise au point d'un traitement.

Le séjour de courte durée peut permettre à la famille, pendant un temps, de prendre distance et repos. Par la suite, une solution d'accueil définitive à domicile ou en institution devra être envisagée.

Services - Homes

Les maisons de repos pour personnes âgées (MR ou MRPA)

Les maisons de repos et de soins

Quand la maladie progresse, quand les soins requis deviennent lourds ou quand la surveillance de la personne malade est malaisée, il est peut-être temps d'envisager un hébergement à long terme. Les MR sont des établissements publics ou privés qui hébergent de manière permanente des personnes de plus de 60 ans, relativement valides. Les soins familiaux et ménagers y sont donnés collectivement. L'état de santé des résidents ne nécessite pas de soins médicaux lourds.

Remarquons que certaines MR disposent aussi de quelques lits de MRS. Certaines MR accueillent les patients souffrant d'une démence à condition que celle-ci soit légère et que le comportement du patient ne soit pas trop perturbant pour l'ensemble des résidants. Si c'est le cas, certaines maisons de repos demandent à ce que le malade soit retiré de l'institution.

La maison de repos devrait être choisie pour sa capacité à prendre spécifiquement soin d'un patient Alzheimer et à le garder quelle que soit l'évolution de son état et cela, jusqu'en fin de vie.

Les MRS sont des établissements destinés aux personnes atteintes de maladies chroniques, nécessitant des soins. Pour être admise dans ce genre de structure, la personne doit être fortement dépendante de l'aide d'un tiers pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.

Certaines MRS se sont spécialisées dans l'accueil de personnes atteintes de démence et ont aménagé des unités spécifiques (lieux de vie) dans leur établissement. En outre, quelques-unes organisent des séjours de courte durée qui permettent à la famille de reprendre des forces.

11. Questionnaire Alzheimer

1. Qu'est-ce qui vous a marqué, touché, choqué ?

2. Par quels signes peut se manifester la maladie ?

3. Quels changements surviennent chez ces personnes ?

4. Par quels sentiments peuvent passer la famille ?

5. Quelles peuvent être les conséquences pour les familles ?

6. Existe-t-il des structures créées pour aider les familles ? Exemple ?

7. Comment la maladie est vécue par l'entourage, par le conjoint, par le patient lui-même?

8. Comment survit le couple?

9. Comment évolue la relation entre les époux (mère-enfant) ou (père-enfant)?

10. Comment évolue la relation parents-enfant? (inversion des rôles)

11. Que se passe-t-il lorsque les familles ne peuvent plus garder le malade?

12. Que ressent le patient, que ressentent les familles lors de cette séparation?

13. Quelles sont les maladresses des soignants, médecins et autres intervenants?

La Méthode de validation selon Naomie Feil

1. Introduction

La Validation est une méthode d'accompagnement aux personnes âgées démentes et d'aide à la communication avec elles. C'est une façon pratique de travailler auprès d'elles qui aide à réduire leur stress, restaurer leur dignité et leur redonner une certaine joie de vivre. La Validation est basée sur une attitude empathique à leur égard et une façon humaine de les considérer. Lorsque l'on est capable de se placer dans le cas et de voir à travers le propre regard d'un autre être humain, on peut évoluer dans le monde d'une personne très âgée et désorientée et comprendre le sens de ses comportements parfois « bizarres ».

La théorie de la Validation met en relief le fait que de nombreuses personnes désorientées, souvent diagnostiquées comme atteintes d'une démence de type Alzheimer, sont en fait dans la dernière phase de leur vie, essayant de résoudre des tâches de vie non finalisées pour pouvoir mourir en paix. Leur bataille finale est importante pour elles comme pour nous, les soignants, qui pouvons les y aider. En utilisant les techniques de Validation, nous offrons aux personnes très âgées désorientées, la possibilité d'exprimer ce qu'elles souhaitent exprimer à travers une façon de communiquer verbale ou non verbale.

2. Motivations et objectifs

Nous avons tous été confronté à travailler avec des personnes âgées désorientées, confuses, mais avons-nous adopté une communication adaptée? Avons-nous répondu comme il le fallait? Parfois, on ne sait pas quoi répondre, de peur de dire quelque chose qu'il ne faudrait pas. Il faut pourtant leur répondre, et ne pas les laisser dans le doute, dans l'attente…

Ce dossier ayant pour thème « La Validation de Naomi Feil » permet aux soignants, aux familles des personnes âgées de pouvoir communiquer avec eux, et de les faire exister au moment présent. Ce moyen de communication prouve à ces personnes âgées qu'elles sont pour nous importante et que l'on fait attention à eux, que l'on a envie de les écouter.

Les objectifs à travers ce dossier, sont de vous sensibiliser, quel que soit le domaine vers lequel vous vous dirigerez une fois diplômé(e)s, vous serez sans doute confrontés à devoir répondre aux besoins de personnes âgées démentes, alors n'ayez plus d'appréhension en ce qui concerne la communication car dès maintenant **vous connaitrez le moyen d'une ultime communication avec nos aînés.**

3. Présentation de Naomi Feil.

Naomi Feil est la créatrice de la méthode de Validation. Née en Allemagne en 1932 et émigrée aux Etats-Unis avec sa famille. Dès l'âge de 4 ans, elle partage le quotidien de personnes âgées dans la maison de retraite que dirigeait son père psychologue. Sa mère avait la responsabilité du Département du Service Social. Dès qu'elle a obtenu sa maîtrise en Travail Social à l'Université de Columbia de New York, elle commença à s'intéresser aux personnes âgées. Entre 1963 et 1980, elle a mis au point sa théorie de la Validation en réponse de la déception qu'elle éprouvait devant l'inefficacité des méthodes de travail traditionnelles appliquées aux grands vieillards dont elle s'occupait. En 1982, elle publia son premier ouvrage : « Validation, la méthode Feil ». Elle le révisa en 1992. Son second livre, traduit en français sous le titre « La Validation, mode d'emploi » (The Validation Breakthrough), fut publié en 1993. Naomi Feil et son mari ont produit de nombreux films et vidéos concernant le grand âge et la Validation.

Naomi Feil est la directrice de l'Institut de Formation à la Validation (Validation training Institute, VTI). Elle est aussi une conférencière extrêmement appréciée en Amérique du Nord et en Europe. Depuis 1989, elle traverse régulièrement l'Atlantique pour animer des conférences sur la Validation, en Allemagne, Hollande, Scandinavie, France, Belgique, Italie, Finlande, Danemark et Suède.

La validation est une approche humaniste et globale. C'est une méthode de communication pratique, qui permet d'instaurer et de maintenir la communication avec des personnes très âgées désorientées chez lesquelles a été diagnostiqué une démence de type Alzheimer. C'est un outil pratique dans la boîte à outils…

« Valider » est utilisé dans son sens premier : c'est reconnaître, approuver, prendre acte.

4. Définition selon Naomi Feil

Valider: c'est reconnaître les émotions et les sentiments d'une personne. C'est lui dire que ses sentiments sont véritables. Ne pas reconnaître ses émotions, c'est ignorer la personne. La Validation utilise l'empathie pour se brancher sur le monde intérieur de l'autre et ainsi construire la confiance.

La confiance amène la sécurité ;

La sécurité amène la force ;

La force renouvelle chez l'individu la conscience de sa propre valeur ;

Cette conscience réduit le stress.

Quand, ces grands vieillards désorientés trouvent la force, l'amour et le sens de leur valeur dans le présent, quelques-uns ne ressentent plus le besoin de retourner dans le passé. D'autres par contre, choisissent d'y rester. Il n'y a ni règles simples, ni formule unique pour tous, mais tous se sentent mieux quand ils sont « validés ».

5. La validation s'organise autour de trois aspects

- Une attitude relationnelle empreinte d'empathie avec ces personnes dans le travail au quotidien. Cette empathie étant le fondement et sa raison d'être.
- Une théorie de la très grande vieillesse des désorientés qui nous aide à comprendre leurs comportements. Elle repose sur celle d'Erik Erikson concernant les étapes de vie et leurs tâches consécutives. Les ajouts de Naomi Feil : l'étape de « **la résolution ≠ Végétation : Mourir en Paix** », nous permettent depuis, de comprendre autrement, d'avoir un autre regard sur ces grands vieillards et de mieux les accompagner dans la dignité jusqu'à leur fin de vie.
- Une approche technique et des outils spécifiques qui font référence aux théories de la communication, et adaptées à ce public.

Cette méthode repose notamment sur la notion que l'âge extrême, la démence sert à quelque chose : la personne âgée a une tâche personnelle à accomplir.

A la fin de sa vie, la personne âgée fait son bilan et passe en revue les bons moments mais également les mauvais moments de son existence. Elle met ses affaires en ordre avant de quitter la scène du monde et répète les évènements pénibles pour leur redonner une dimension plus acceptable pour elle-même, pour pouvoir mourir en paix et respecter en cela sa dignité de personne humaine, ce qu'elle a vécu tout au long de son existence.

Dans cette dernière étape de vie « **Résolution ≠ Végétation : mourir en paix** », Naomi Feil a su identifier à partir de critères physiques et psychologiques, quatre phases différentes ; chaque phase est un retrait supplémentaire de la réalité, une régression physique lente.

Phase I : mal orientation – orientation « malheureuse » dans la réalité ;

Phase II : confusion temporelle – désorientation et la perte des capacités cognitives ;

Phase III : mouvements répétitifs – les mouvements du corps remplacent la parole ;

Phase IV : état végétatif – le repli sur soi est complet.

Les différents états fluctuent en fonction à la fois des gens et des moments de la journée. Un état plus prononcé dans un temps plus important qu'un autre nous permet de déterminer dans quelle phase telle personne ou telle autre évolue.

6. Les buts de la validation

- Permettre aux personnes âgées de rester à leur domicile.
- Restaurer le sens de leur propre valeur.
- Réduire le stress.
- Donner un sens à la vie.
- Aider à résoudre des conflits non réglés du passé.
- Réduire les recours à une contention physique ou chimique.
- Améliorer la communication verbale et non verbale.
- Prévenir le repli sur soi et le glissement vers l'état végétatif.
- Améliorer l'allure et le bien-être physique.
- Apporter au personnel soignant plus de motivation et de plaisir à travailler.
- Aider les familles à communiquer avec leurs proches désorientés.

7. Les principes de la Validation

- Les principes de la Validation découlent directement de nos actions. De ces principes nous pouvons justifier chaque action que nous faisons. Elles sont la manifestation directe des fondements théoriques.
- Les personnes doivent être acceptées telles qu'elles sont ; nous n'avons pas à essayer de changer leurs comportements mais nous essayons de répondre à l'expression de leurs besoins tels qu'elles les expriment.
- Toutes les personnes ont de la valeur, y compris ceux qui sont malorientées ou désorientées. Nous les abordons avec respect en les appelant par leur nom de famille, en les honorant.
- Il y a une raison derrière chaque comportement des personnes très âgées désorientées. Même si, nous ne pouvons pas toujours savoir pourquoi la personne se comporte de telle manière, nous l'aidons à exprimer ses émotions afin de lui permettre de résoudre des affaires inachevées de sa vie.
- Les grands vieillards mal orientés et désorientés sont dans l'étape de résolution : c'est l'étape finale de leur vie, pendant laquelle ils tentent de résoudre des tâches de vie non terminés, des crises ou d'autres problèmes. Nous les accompagnons dans ce processus de résolution.
- Quand la mémoire récente (mémoire à court terme) décline les grands vieillards de rétablir leur équilibre vital en faisant revivre des souvenirs anciens. Nous acceptons qu'ils se trouvent souvent dans une réalité subjective, individuelle et personnelle où ils sont plus jeunes. Nous considérons cela comme une réponse pleine de sagesse cicatrisante à une réalité présente insupportable.
- Quand leur vue baisse, ils utilisent « les yeux de l'esprit ». quand l'audition se détériore, ils écoutent les sons provenant de leur passé. Quand ces personnes voient ou entendant des choses que nous ne percevons pas, nous l'acceptons comme faisant partie intégrante de leur réalité subjective et personnelle.

- Quand la réalité présente devient douloureuse, insupportable, certains vieillards survivent en se repliant sur eux-mêmes et en stimulant les souvenirs du passé. Cela est ce que beaucoup nomment démence. Nous considérons, au contraire, ce processus comme une réaction sage, un mécanisme de défense et nous l'acceptons comme une réalité personnelle qui sert à répondre aux besoins du moment présent du vieillard.
- Les sentiments douloureux, exprimés, reconnus et validés par un écoutant qui inspire confiance, s'apaiseront. Ces mêmes sentiments, ignorés ou réprimés, gagneront d'intensité. Nous sommes ouverts et accueillons toutes les émotions exprimées par ces personnes âgées. Avec l'attitude empathique nous partageons ces émotions et encourageons leur expression. Nous admettons que les personnes âgées désorientées s'autocicatrisent en exprimant librement leurs émotions.
- L'écoute empathique crée la confiance, réduit l'anxiété et restore le sentiment de dignité. Nous partageons les sentiments de la personne sans nous préoccuper de la « vérité » factuelle.
- Les êtres humains vivent souvent sur plusieurs niveaux de conscience à la fois. Nous ne mentons jamais aux personnes âgées désorientées ; car nous savons qu'à un certain niveau de conscience, ils connaissent la vérité.
- Les émotions vécues dans le présent peuvent déclencher des souvenirs d'émotions similaires vécues dans le passé. Nous comprenons et acceptons que pour ces personnes âgées les évènements du présent agissent comme déclencheurs réactivant des évènements du passé.

8. Les valeurs du praticien en Validation découlent de ces principes de base et colorent sa façon de travailler

- Etre dans le non jugement.
- Reconnaître la personne âgée désorientée en tant qu'individu unique.
- Chaque personne est à la quête d'équilibre.
- L'expression des émotions, toutes les émotions, est une chose positive et cicatrisante.
- L'empathie est la clé pour « se mettre dans les chaussures »d'un être humain.

9. A qui s'adresse la Validation ?

Elle s'adresse à des personnes très âgées : 80 ans et plus :

- Qui n'ont pas d'antécédents psychiatriques (psychose,…)
- Ayant mené une vie relativement heureuse et féconde.
- Qui ont nié les crises tout au long de leur existence.
- Qui s'accrochent avec rigidité à leurs rôles familiers.

- Dont les fonctions cérébrales, motrices, visuelles, auditives et mnésiques diminuent de manière permanente.
- Qui « choisissent » de vivre au niveau de la conscience altérée, pour ne pas être confronté à la réalité insupportable qu'elles vivent et subissent. De ce fait, elles recréent alors le passé afin de le substituer au présent.

10. Les besoins fondamentaux exprimés le plus fréquemment par les personnes très âgées désorientées

- Etre sauvé / en sécurité / être aimé.
- Etre utile / travailler / actif.
- Exprimer des émotions brutes et être entendues.

Chaque personne qui intervient auprès de ces personnes âgées, autant les aidants professionnels que naturels, peuvent entrer en communication et la faire vivre grâce à cette méthode. Il faut juste que ceux-ci soient dans le respect de la relation, dans le respect du moment vécu ensemble afin de pouvoir être en empathie. Celle-ci étant la clé de voûte essentielle de cet accompagnement.

11. Qui peut pratiquer la Validation ?

La Validation peut être pratiquée par tous ceux qui prennent soin d'une personne âgée désorientée. Les professionnels ainsi que les membres des familles peuvent l'utiliser avec succès.

Mais le praticien en Validation doit être capable d'éprouver de l'empathie, de ne pas porter de jugement, de valeur, et aussi maîtriser, tant ses propres émotions que celles d'autrui.

Pour « valider » une personne, le praticien en Validation doit être centré, observer avec attention, et entrer dans la réalité subjective de ceux dont il s'occupe. Il existe des techniques verbales et non verbales que l'on doit connaître, maîtriser et utiliser, pour établir la solide relation de confiance qui seule va permettre à la personne désorientée d'être incitée à s'exprimer.

De nombreuses personnes pensent avoir besoin d'une formation en Validation pour être capables d'en intégrer la théorie et les techniques avant de les mettre en pratique. Des cours

et des formations sont proposés par les enseignements certifiés en Validation. Il existe quatre niveaux de certification. Chaque niveau est construit sur l'expérience et les connaissances acquises dans les cours précédents.

12. La Validation est-elle une thérapie ?

Le mot « thérapie » vient du Grec qui signifie « entretien, traitement » et aussi « guérir, soigner ».

La Validation n'est pas une thérapie dans le sens où elle ne guérit pas le patient et ne l'amène pas à « être moins malade ».

Avec la Validation la personne est simplement acceptée telle qu'elle est, au moment présent.

13. Les modalités de La Validation, quelques conseils.

Dans les derniers stades de la maladie d'Alzheimer, l'approche relationnelle sous-entend le comportement des soignants.

L'attention se focalise sur les manifestations affectives et émotionnelles et la diminution des sources de stimulation.

Quelques modalités de la validation :

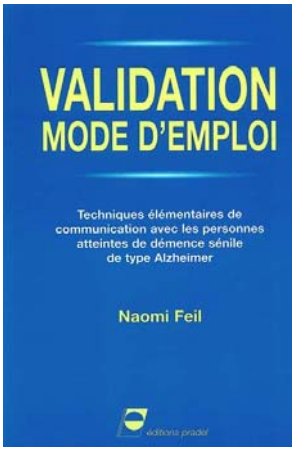
- Se concentrer sur la personne.
- Acquiescer à ce que la personne exprime ou ressent et le reformuler (mais ne pas exagérer dans la reformulation car le patient peut croire que l'on se moque de lui).
- Parler d'une voix claire et affectueuse, utiliser des mots apaisants et concrets.
- Approcher la personne de face afin de la rassurer.
- Maintenir un contact visuel, être souriant.
- Toucher la personne (par exemple : lui tenir la main).
- Identifier et utiliser son sens préféré (ouïe, odorat, vue, toucher, goût) afin de capter sa confiance et d'entrer « dans son monde ».
- Utiliser la musique : une personne qui a perdu la faculté de parler a souvent garder la faculté de chantonner.

14. Lexique

- Factuelle : qui est de l'ordre du fait. Observable, réel.
- Eidétique : « yeux de l'esprit » qui concerne les essences (abstraction faite de l'existence).
- Homéostasie : réglage des constantes physiologiques d'un organisme.
- Empathie : capacité de s'identifier à autrui par l'émotivité.
- Démence : ensemble de troubles mentaux graves, d'échéance irréversible.
- Le syndrome de glissement : c'est un syndrome très grave qui peut apparaître en cas, d'alitement prolongé, principalement par un refus de s'alimenter et un refus de soins. L'équipe soignante doit essentiellement intervenir au niveau de la prévention, car, une fois installé, le syndrome de glissement échappe le plus souvent à l'action thérapeutique.

Livres

1. Validation, mode d'emploi. Edition Pradel.
2. La Validation. La Méthode de Naomi Feil Edition : Lamarre.
3. Validation Naomi Feil Edition Pradel


VALIDATION
MODE D'EMPLOI
Techniques élémentaires de communication avec les personnes atteintes de démence sénile de type Alzheimer
Naomi Feil

Bibliographie

http://validation-eva.com

http://abcvalidation.fr

ANNEXES

Soins aux personnes âgées et Gériatrie (3ème IH)

Modèle d'examen

Soins aux personnes âgées (3ème IH)

1) Les différents types de vieillissement + expliquer.

a. L'ouïe.

La presbyacousie : incapacité à entendre certains sons, surtout les hautes fréquences (sont aigus). Il devient ensuite de plus en plus difficile pour la personne de faire la distinction entre les sons de la voix et ceux de l'environnement. Les consonnes sont moins bien perçues que les voyelles

L'accumulation de cérumen peut intensifier la presbyacousie

L'acouphène : sensations auditives anormales comme : bourdonnements, sifflements, …

Ce problème est dû à la dégénérescence progressive du nerf auditif, mais ne s'accompagne pas nécessairement de surdité

b. La vue.

Les yeux constituent l'organe de la vision mais aussi des éléments importants du visage et de l'expression humaine. Plusieurs des modifications internes et externes n'affectent pas nécessairement la vision

Les glandes lacrymales : les sécrétions sont diminuées, cela donne une apparence terne à l'œil

La couche de graisse qui tapisse l'orbite de l'œil disparaît, donnant l'impression que les yeux sont enfoncés dans les orbites

Les paupières : le tissu conjonctif se relâche de façon marquée

- supérieures : relâchement parfois important d'où problème de vision
- inférieures : ectropion, renversement de la paupière en dehors

La cornée et l'iris : en périphérie de la cornée des dépôts blanchâtres, décoloration pigmentaire de l'iris

Les pertes au niveau de la vision se font de façon progressive. Elles commencent habituellement très tôt et deviennent plus évidentes à 40 et 50 ans

Réduction : de l'acuité visuelle et difficultés particulières d'adaptation quand l'éclairage est faible

- de la vision périphérique et de la vision latérale : le champ visuel se rétrécit et la personne âgée perd la vision panoramique des choses
- de l'accommodation aux éblouissements et aux éclats lumineux : à cause de l'atteinte des milieux transparents de l'œil
- de la vision nocturne : par la perte de la capacité de l'œil à réagir rapidement à la noirceur
- après 60ans, il est parfois nécessaire de doubler l'intensité lumineuse pour pouvoir percevoir les objets comme à 20ans

Perte :

- du pouvoir d'accommodation du cristallin : qui permet de distinguer nettement les objets rapprochés = la presbytie, qui apparaît entre 40 et 50ans et s'accentue avec l'âge. Le cristallin continue en fait de croître mais se sclérose rendant l'accommodation difficile même si la capacité de contraction du muscle ciliaire est maintenue
- l'élasticité de la cornée : elle devient plus sphérique ce qui cause de l'astigmatisme. Les changements de la cornée et les modifications du cristallin sont parfois responsables d'une myopie qui peut améliorer temporairement la presbytie

Diminution ou arrêt :

- du processus de réabsorption des liquides intraoculaires
- pouvant provoquer le glaucome
- du diamètre des pupilles modifiant la quantité de lumière qui parvient à la rétine. Les réponses de contraction et de dilatation de la pupille aux changements lumineux deviennent moins efficaces

Modifications

- de la perception des couleurs : l'œil capte plus facilement les couleurs vives comme le jaune, le rouge et plus difficilement le bleu, le violet et le vert. La difficulté à percevoir les couleurs est reliée au jaunissement du cristallin. Toutes les couleurs semblent plus pâles puis les contours et les limites sont moins précis. La tendance au daltonisme s'accentue avec le vieillissement et ce, plus particulièrement, chez les hommes
- importance du cristallin et des milieux transparents de l'œil : vers 50ans, le cristallin commence à s'opacifier = cataracte. Plusieurs facteurs sont impliqués

  → la compression constante du cristallin

  → le jaunissement ou la décoloration de la cornée qui réduit la quantité de lumière parvenant de la rétine

  → la perte d'efficacité de l'humeur aqueuse

→ la présence de dépôts de calcium dans l'humeur vitreuse

c. Le système respiratoire.

L'âge entraîne des modifications constantes de l'appareil respiratoires

A l'inspection du sujet âgé : la cage thoracique est déformée. Il existe une cyphose plus ou moins importante, isolée ou associée à une asymétrie

La fréquence respiratoire au repos est augmentée : elle s'accélère pour des efforts minimes ; la personne âgée ne se plaint pas de dyspnée malgré une gêne respiratoire évidente

Ces modifications très banales et qui habituellement ne gênent pas la vie courante, traduisent une diminution des capacités d'adaptation à une surcharge ou à une augmentation pathologique de la fonction respiratoire (bronchopathie aigué, embolie pulmonaire)

Modifications anatomiques

- calcifications des cartilages costaux
- augmentation de la rigidité des ligaments des articulations chondro-costales : résistance de la cage thoracique et déformation
- atrophie des muscles respiratoires et en particulier du diaphragme est plus importante encore que chez l'adulte, par suite de la rigidité de la cage thoracique
- atrophie des muqueuses respiratoires, depuis les muqueuses nasales jusqu'aux terminaisons bronchiolaires
- cellules à mucus augmentent en nombre
- l'activité ciliaire indispensable au transport du mucus diminue : ainsi les sécrétions muqueuses augmentent et sont moins facilement éliminées
- la surface des échanges gazeux est réduite
- les parois alvéolaires sont amincies et sont moins élastiques par suite de diminution des fibres élastiques
- la surface du lit capillaire pulmonaire, c'est-à-dire la surface ou se déroulent les échanges d'air alvéolaire-sang, diminue

d. Le vieillissement des vaisseaux sanguins.

Les veines : augmentation du calibre avec diminution de l'élasticité, une rétraction ou une destruction des valvules. Ces modifications dominent au niveau des grosses veines superficielles des membres inférieurs, ce qui ralentit le retour veineux vers le cœur et entraîne des risques de stade veineuse et d'œdème

Les artères :

- l'accumulation de dépôts de calcium sur les parois des vaisseaux sanguins
- l'augmentation des fibres collagènes

Cela provoque l'artériosclérose

2) Processus de sénescence sur les différents systèmes + expliquer.

a. Le système gastro-intestinal.

Digestion et mastication : peuvent être affectées par l'état des dents et des mâchoires, la carie, l'édentement et les maladies péridontales

Digestion et absorption : des aliments restent, en règle, normales en l'absence de maladies surajoutées. Il n'existe pas de malabsorption digestive liée au vieillissement

Le gout, l'odorat : voir système nerveux sensoriel

Le réflexe de déglutition : fonctionne moins bien. Il arrive souvent que les personnes âgées aspirent des aliments ou de la salive dans la trachée

La langue : peut devenir atrophique ou atonique

Les sécrétions :

- la salive : se fait plus rare et plus épaisse ce qui contribue aussi à la sécheresse de la bouche. La ptyaline ou amylase diminue
- l'estomac : dès 40ans, le niveau de pepsine peut baisser ainsi que l'acide chloridrique, il peut baisser de 60%
- le pancréas : les enzymes diminuent. Les lipases diminuent avec pour résultat, une moins bonne tolérance aux aliments gras surtout consommés en grande quantité

Les sécrétions gastriques, pancréatiques et intestinales diminuent. Ces déficit n'entraînent pas de syndrome de malabsorption, ils peuvent être responsables de troubles fonctionnels (constipation, anorexie)

La musculature lisse su tube digestif

La musculature striée de la paroi abdominale (atrophie), du diaphragme (hypotonie).

L'atrophie et l'hypotonie sont responsables de la fréquence des hernies et des diverticuloses, en particulier coliques, qui sont les plus fréquentes des maladies digestives du sujet âgé, et les plus manifestement liées à l'âge

La vascularisation : les vaisseaux des viscères abdominaux sont peu touchés par l'athérosclérose

L'œsophage : vidage ralentit à cause de la faiblesse du sphincter œsophagien (le cardia), ce qui force le tiers inférieur de l'œsophage à se dilater causant de l'inconfort et des douleurs épigastriques après le repas. Si de plus, les aliments sont avalés sans être mastiqués, le problème s'amplifie et peut entraîner des crampes digestives

L'estomac : l'atrophie gastrique amène aussi la réduction du facteur intrinsèque responsable souvent de l'anémie

Le foie : s'atrophie et subit des changements cellulaires. Sa capacité fonctionnelle reste normale, plusieurs personnes âgées ont un ralentissement hépatique qui rend difficile l'absorption des graisses entraînent des déficiences en vitamines liposolubles, augmente la flatulence et ralentit l'action antitoxique du foie

b. Au niveau des ongles.

Leur croissance ralentit puis des stries longitudinales et des cannelures apparaissent sur leur surface

Ces facteurs ajoutés à une baisse de la circulation provoquent :

- un épaississement des ongles
- un dessèchement
- des ongles cassants

Ce phénomène est encore plus marqué pour les ongles d'orteils = onychogryphose

3) Comment aider un parkinsonien ?

- Blocages et difficultés de démarrage → placer un obstacle devant le pied du patient
- Marche ralentie → l'entraîner par le rythme
- Tremblements → asseoir le patient devant une table
- Passage de la position assise à la position debout → fauteuil avec accoudoirs
- Changement de la position dans le lit → aide souvent indispensable
- Franchissement des passages étroits → se placer face au patient
- Habillage → vêtements adaptés
- Pour éviter les chutes → prévoir un appui fixe
- Contacts avec l'entourage → les favoriser coûte que coûte

4) Citez et expliquez les conséquences de l'immobilité.

Sur le plan biophysiologique, l'immobilité présente une menace pour les systèmes physiologiques.

Sur le plan psycho socio-culturel, l'immobilité présente un risque d'entrainer ; la dépression, l'isolement, l'anxiété et une altération de la perception.

a. Perte de jeu articulaire.

Le vieillissement primaire s'accompagne d'une augmentation du collagène, fraction insoluble, qui entraîne une diminution de l'efficacité des tissus conjonctifs.

Composant essentiel du tissu conjonctif, le collagène est une protéine qui procure force et soutien aux tissus. En vieillissant, le collagène devient plus rigide, s'assèche, se durcit et se fissure.

Les ligaments se raccourcissent, une perte de flexibilité, des contractures genou et hanche, donne des chutes et une immobilisation.

Interventions : à l'occasion de la toilette, le mouvement réalisé pendant le brossage des cheveux est un exercice à la fois de flexion et de rotation de l'épaule.

b. Perte de masse et de force musculaire.

Chez une personne alitée, un muscle peut perdre 75% de son volume en l'espace de 6mois à 2ans.

Perte résulte de la stase sanguine et de la diminution des influx nerveux. Les muscles les plus touchés manque d'activité, c'est-à-dire ceux qui servent à la locomotion et au maintien du corps en position debout.

c. Perte de la masse et de la force osseuse.

La masse osseuse décroît à partir du 3ème jour et cela jusqu'à la 3ème semaine.

Mobilisation vers le sang du calcium et du phosphore.

La restauration des minéraux osseux après une reprise d'ambulation est un processus très lent, qui progresse seulement 1% par mois.

d. Troubles cardiovasculaires.

Chez une personne âgée qui reste couchée, la redistribution du volume sanguin entraîne une hyper volémie dans la région thoracique, une augmentation du débit cardiaque.

Certains mouvements vigoureux, sont accompagnés d'un effort de retenue du souffle, d'une expiration forcée contre une glotte fermée.

Mais chez une personne alitée, il peut provoquer une hypertension intra thoracique.

Tant que dure cette hypertension, le retour veineux se trouve entravé, tachycardie et hypertension artérielle momentanée, l'expiration habituelle reprend, le retour veineux est libéré ce qui peut surcharger le cœur.

L'inactivité diminue, l'action de pompe que les muscles exercent sur les vaisseaux sanguins, des risques de stases veineuse, peut dégénérer en thrombose veineuse et embolie.

e. Troubles respiratoires.

- perte de 4% de la capacité vitale des poumons
- augmentation des sécrétions
- diminution de la force d'expectoration

C'est l'immobilité qui est la cause des troubles respiratoires.

f. Déséquilibre métabolique.

Contribue à la perte de calcium, bilan azoté négatif

Le calcium vers le sang = hypercalcémie

Perte de volume musculaire, dégradation (catabolisme) des protéines, ce qui accentue l'excrétion de l'azote vers les voies urinaires

Le bilan négatif vient d'un déséquilibre entre l'azote éliminé et l'azote ingéré.

g. Trouble urinaire.

Favorise la formation de calculs urinaires et accroît la vulnérabilité aux infections urinaires

Ralentit aussi le drainage des urines, ralentit le métabolisme des muscles.

La stase urinaire est propice aux infections urinaires.

h. Troubles gastro-intestinaux.

Le bilan azoté négatif et l'hypercalcémie peuvent causer : de l'anorexie, des nausées, vomissement, problème d'ingestion, de digestion, d'absorption des aliments nutritifs.

La constipation est la conséquence de l'immobilité.

Le manque d'activité entraîne une perte d'appétit qui fait baisser l'apport de liquides et de fibres alimentaires

i. Plaie de pression.

Vieillissement normal qui s'accompagne d'une fragilisation de la peau et des tissus sous-cutanés, peuvent compliquer des carences nutritionnelles ainsi que l'incontinence fécale et urinaire.

La présence de plaies de pression peut malheureusement inciter le personnel soignant à immobiliser la personne âgée, ce qui favorise la formation de nouvelles plaies.

j. Isolement social.

L'isolement social est une autre conséquence de l'immobilité. Ces troubles peuvent inciter à isoler d'avantage la personne âgée et à titre, contribuer à son immobilité.

5) Conduite à tenir devant une chute.

L'infirmière prend le pouls et note s'il est rapide ou lent, régulier ou irrégulier tout en rassurant la personne en lui souriant.

L'infirmière note si la personne a mal quelque part et prend la tension artérielle

Si la personne n'a pas de fracture évidente, l'infirmière l'allonge sur le lit avec l'aide soignante et note si ce transfert est douloureux

Si la personne est diabétique, l'infirmière fait un test de glycémie

Elle appelle immédiatement le médecin de garde pour qu'il vienne examiner la personne et remplir un « constat de chute », document ayant une valeur médico-légale à l'hôpital

Si chute sans gravité constatée, noter au cahier chute sans gravité apparente

6) Que savez-vous des services G extra-muros ?

Pour que le service fonctionne correctement, il est nécessaire :

- que ce service soit en liaison fonctionnelle avec un hôpital général
- doté d'un service de gériatrie réservé aux patients dont la situation est la plus aigue
- que le même interniste-gériatre se charge du traitement effectif dans les deux services de gériatrie

Cette liaison fonctionnelle doit faire l'objet d'une convention écrite si les deux services appartiennent à des organisations différentes

Le patient gériatre est admis au service, soit directement, soit après un 1er traitement dans un service hospitalier adapté à son affectation

L'âge moyen des patients dans un service de gériatrie est de 75ans au moins.

En aucun cas, l'hospitalisation dans un service « G » ne peut être une hospitalisation de longue durée pour personnes âgées.

En principe, il ne dépasse pas 3mois

7) Normes fonctionnelles d'une MRS.

La MRS doit disposer des moyens nécessaires en vue d'assurer outre une atmosphère familiale, les soins, la surveillance, le maintien en activité et le loisir des résidants.

a. Personnel.

- au minimum, un équivalent temps plein pour 15 résidents.
- On entend par personnel de soins les praticiens de l'art infirmier, les aides soignants, les membres des professions paramédicales et les kinésithérapeutes au sens de l'AR n°78 du 10 novembre 1967

b. Concernant le bâtiment.

- tous les locaux doivent avoir une température de minimum 22°
- la nuit entre 22h et 6h, la température peut être limitée à 18°
- un éclairage suffisant est requis en permanence
- la surface éclairante est au moins égale au 6ème de la surface de chaque local de séjour
- les ascenseurs doivent répondre aux normes d'accessibilité pour les personnes en chaise roulantes
- les couloirs et les escaliers sont suffisamment larges et pourvus de rampes ou de barres d'appui des deux côtés. Le 1ère et dernière marche, ainsi que toute marche isolée sont pourvues sur leur bord, d'une bande de couleur tranchant nettement avec le revêtement de sol
- les WC sont munis d'un système d'appel
- on compte un WC par résident/par chambre